

DE
L'ENTÉRO-ANASTOMOSE

PAR LE BOUTON DE MURPHY

Modifié par Villard

DANS LA HERNIE GANGRÉNÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH PLA

Né le 21 Mai 1873, à Rivesaltes (Pyrénées-Orientales),

Elève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1895

DE
L'ENTÉRO-ANASTOMOSE

PAR LE BOUTON DE MURPHY

Modifié par Villard

DANS LA HERNIE GANGRÉNÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH PLA

Né le 21 Mai 1873, à Rivesaltes (Pyrénées-Orientales),

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER
Médecine opératoire.	POLLOSSON (MAURICE)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	BARD.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	MM. WEILL, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.) —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. POLLOSSON (Aug.)	MM. BOYER.	MM. DOYON.
CONDAMIN	ROCHET.	CURTILLET.	BARRAL.
COURMONT.	ROLLET.	VALLAS.	MOREAU.
DEVIC.	ROQUE.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé des
DIDELOT.	ROUX.	DURAND.	fonctions d'agrégé.
GANGOLPHE.	COLLET.		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. PONCET, Président.; M. AUGAGNEUR, Assesseur; MM. COURMONT et CURTILLET Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A la Mémoire de mon Grand-Père et de ma Grand-Mère

A mon Père et à ma Mère

Faible témoignage d'amour filial.

A mon Frère Laurent

Gage de ma profonde affection.

A tous mes Parents

A Madame Blain et à Monsieur Blain

A mon meilleur Ami Côme et à sa Famille

A tous mes Amis

A mon Président de Thèse

M. le Professeur Poncet

Professeur de Clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

A mes Maîtres des Hôpitaux et de la Faculté

A mes Chefs de l'École du Service de Santé Militaire

A mes Camarades de promotion

Au début de ce travail, j'ai à cœur d'assurer de ma reconnaissance ceux qui m'ont guidé dans mes études médicales.

M. le professeur Poncet a tout particulièrement droit à mes remerciements. C'est à lui que revient la première idée de ce travail. C'est dans ses leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu que j'ai puisé les quelques connaissances chirurgicales que je possède à cette heure. Il me fait aujourd'hui l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse. Je tiens à lui adresser un public hommage de sincère gratitude.

Je veux aussi assurer de mon respect M. le professeur Teissier. Son enseignement clinique et sa bonté l'imposent à ma reconnaissance.

Je ne saurais oublier M. le Dr Villard, chef de clinique chirurgicale de M. Poncet. Je dois à son obligeance les quatre observations qui font la base de ce travail. Il m'a toujours prodigué ses judicieux conseils. Je l'en remercie bien vivement,

Je remercie enfin mes maîtres des hôpitaux et de la Faculté, ainsi que mes chefs de l'École du service de santé militaire. J'assure de mes plus respectueux sentiments M. le médecin-major de 2^e classe Sieur, répétiteur à l'École, dont j'ai pu apprécier la bienveillance et le dévouement.

J'emporte de mes camarades de promotion le meilleur souvenir. J'ai trouvé dans leur société la plus franche camaraderie et la plus sympathique cordialité. Parmi eux, les D^{rs} Besse et Geysen m'ont honoré de leur intimité; à ce titre, je les assure de mon attachement sincère.

INTRODUCTION

De toutes les opérations sur l'intestin, la kélotomie est, sans contredit, la plus fréquemment pratiquée. D'autre part, la hernie étranglée exige, dans la plus grande majorité des cas, une intervention d'extrême urgence, à cause de la soudaineté et de l'excessive gravité de ses accidents. Tout praticien doit savoir les arrêter dans leur marche. Les précieuses ressources de l'antisepsie lui permettent, le plus souvent du moins, d'atteindre ce but.

Mais combien sont nombreux les cas où, après l'ouverture du sac herniaire, on trouve gangrenée dans une plus ou moins grande étendue, l'anse intestinale qu'on se proposait de réintégrer dans la cavité abdominale !

La présence de ces lésions sphacéliques assombrit le pronostic et complique l'intervention.

Jusqu'à ces derniers temps, deux opérations principales

étaient indiquées en pareille occurrence : d'un côté l'entérectomie avec entérorraphie ; d'un autre, la création d'un anus contre nature. Le choix entre ces deux procédés était dicté tantôt par les idées personnelles du chirurgien, plus souvent par l'état général plus ou moins grave du malade, mais le plus fréquemment par les conditions de ressources antiseptiques, d'outillage chirurgical et surtout d'habileté opératoire. Ainsi, dans les milieux hospitaliers, la suture intestinale après résection dans la hernie gangrenée est un procédé fréquemment employé. Mais dans les petits centres ou à la campagne, rien n'autorise l'entérorraphie. On est alors obligé d'avoir recours à l'établissement d'un anus artificiel, opération arrêtant, il est vrai, les accidents immédiats, mais créant pour l'avenir une véritable infirmité.

Les difficultés d'exécution de la suture intestinale et ses inconvénients notoires, les déplorables résultats de la création d'un anus contre nature dans la gangrène herniaire ont donné à Murphy l'idée d'appliquer à cette dernière l'emploi de son ingénieux bouton anastomotique. Les résections intestinales avec anastomose métallique ont, dans ces cas, donné à ce chirurgien et à ses collègues d'excellents résultats. M. le Dr Villard, chef de clinique chirurgicale de M. Poncet a, le premier en France, employé ce procédé ; quatre pleins succès ont suivi ses quatre opérations.

Ainsi se trouve réalisée, à notre avis, l'opération de

choix dans le sphacèle intestinal d'origine herniaire. Sa simplicité la met à la portée de tout chirurgien ; sa rapidité et ses suites la recommandent tout spécialement.

C'est, d'ailleurs, à l'étude de ce nouveau procédé que nous voulons consacrer notre modeste travail. L'idée nous en fut donnée par une clinique de notre maître M. le professeur Poncet au sujet d'une malade de son service opérée dans ces conditions.

Nous diviserons notre sujet comme il suit :

Le premier chapitre résume l'histoire de la question.

Les considérations générales sur la hernie gangrenée occupent le deuxième chapitre. Elles établissent à quelles indications doit répondre une intervention efficace dans la gangrène herniaire.

Le troisième chapitre, par une étude critique de l'entérorraphie et de l'anus contre nature, rejette ces procédés comme procédés de choix.

Le manuel opératoire de l'entérectomie avec application du bouton anastomotique, tel qu'il est employé par M. Villard, est détaillé dans le quatrième chapitre.

Le cinquième chapitre étudie les avantages de ce nouveau procédé ; il réfute les objections faites à la méthode.

Les contre-indications et les restrictions ont leur place dans le sixième chapitre.

Suivent, dans un dernier chapitre, les observations à l'appui de la méthode que nous préconisons.

DE
L'ENTÉRO-ANASTOMOSE

PAR LE BOUTON DE MURPHY

modifié par Villard

DANS LA HERNIE GANGRENÉE

CHAPITRE PREMIER

**Historique. Phases dans l'évolution
du traitement de la gangrène herniaire.**

La diversité des communications les plus récentes sur la question, les discussions nombreuses de ces dernières années, excusent suffisamment de leurs incertitudes et de leurs tâtonnements les premiers chirurgiens qui, avec leurs moyens d'action bien précaires, ont abordé le traitement de la hernie gangrenée.

Dès 1700, Littre avait préconisé l'établissement d'un anus contre nature. Dès 1730, Ramdohr avait essayé, dans le sphacèle herniaire, l'entérotomie avec entérorraphie immédiate. Louis, en 1757, avait conseillé l'entérorraphie consécutive ou en deux temps ; cette modification apportée au procédé de Ramdohr donnait à l'intestin le temps de se vider des matières qu'une suture immédiate

dans la continuité aurait emprisonnées dans le conduit digestif.

Ainsi, voilà déjà environ deux siècles qu'ont été proposés et appliqués à la gangrène herniaire les deux modes de traitement qui, jusqu'à nos jours, ont divisé les chirurgiens en deux camps : d'un côté les partisans de l'anus contre nature ; de l'autre, les partisans de l'entérorraphie.

La question, un peu languissante jusqu'à la période moderne, a pris un nouvel essor depuis l'avènement de l'antisepsie. Cette dernière a permis de poursuivre bien loin les tentatives de restauration précoce de la continuité du tube digestif interrompue par la gangrène, en diminuant les chances d'infection péritonéale.

Aussi, dès les débuts de l'ère antiseptique, la chirurgie des hernies gangrenées a considérablement étendu son domaine ; elle a, dans de grandes proportions, restreint les hernies d'infection péritonéale en cherchant à assurer une contention suffisante des liquides intestinaux.

Dès ce moment, on peut donner aux procédés de suture jusque-là rudimentaires, un plus haut degré de sécurité. Les travaux de Madelung, Rydygier et Juillard, puis ceux de Czerny concourent à ce but. Ils donnent la préférence à l'entérorraphie sur l'établissement d'un anus contre nature. La *Revue de chirurgie*, en 1883, publie le mémoire de Bouilly et Assaky qui concluait dans le même sens ; mais, déjà, ces auteurs, reconnaissant les dangers d'une suture circulaire complète, proposent de ne réunir les deux bouts de l'intestin que sur une partie de leur circonférence, afin de conserver une ouverture qui, fixée aux parois du sac herniaire, formerait une fistule stercorale

temporaire, destinée à être ultérieurement traitée par une entérorraphie secondaire.

La supériorité de l'entérorraphie circulaire primitive, mais toujours avec les modifications de Bouilly, c'est-à-dire la méthode mixte ou suture en deux temps, est également établie sur un grand nombre de faits d'ailleurs dans la thèse de Barette (Paris, 1883).

Depuis lors, les travaux se sont succédé sur la question, affirmant l'opinion de leurs auteurs pour ou contre chacune de ces méthodes.

Les uns, comme Neuber, Follet, Kocher, Carson, Casini, Hagemann, Hofmohl ont continué à donner la préférence à l'entérorraphie primitive circulaire dans le traitement de la hernie gangrenée. Les autres, dans une série de mémoires parus également de 1883 à 1889, ont préconisé l'établissement d'un anus contre nature ; ce sont Reichel, Bergmann (*Deutsch med. Woch.*, 1883), Bardeleben, Banks, Hahn, Haenel (*Archiv. f. klin. Chir.*).

Ainsi, jusqu'en 1890, deux opérations se partagent les préférences des chirurgiens : d'un côté l'anus contre nature, de l'autre l'entérorraphie, soit primitive, soit consécutive ou en deux temps. Mais, jusqu'à cette époque, les résultats peu encourageants obtenus dans chacun des deux camps rivaux ne permettent pas de proclamer la supériorité de l'un des deux procédés.

Ce n'est qu'en 1891 que l'opinion des chirurgiens tourne ses faveurs vers l'entérorraphie primitive. Elle est entraînée par les statistiques fournies par Mickulicz au Congrès des naturalistes et des médecins allemands. Ce chirurgien y déclare avoir pu réunir 175 cas de hernies gan-

grenées donnant 72 décès sur 94 cas où l'on établit un anus contre nature, et 32 morts seulement sur 64 cas où l'on avait eu recours à l'entérorraphie primitive.

D'autre part, Mickulicz appuie ces statistiques du résultat de sa pratique personnelle ; il présente 28 observations de hernies gangrenées, dont 7 cas où l'an us contre nature fut pratiqué et qui se terminèrent par la mort, et 21 opérations de résection de l'intestin avec entérorraphie primitive qui lui ont donné 14 guérisons et 7 morts seulement.

Ces derniers résultats avaient frappé d'un rude coup la valeur de l'établissement de l'an us contre nature dans la hernie gangrenée. Le dix-neuvième Congrès des chirurgiens allemands essaie de le réhabiliter. Helferich, de Greifswald, y propose une nouvelle méthode : elle doit avoir pour but de soustraire l'opéré aux dangers et aux lenteurs de la cure d'un an us contre nature. Mais ce procédé a le tort de ne s'appliquer réellement qu'aux cas de gangrène simplement suspecte. « Il consiste à attirer au dehors les deux bouts de l'an se et à établir entre eux, près de leur bord mésentérique, une anastomose intestinale qui les fasse communiquer par un orifice de 4 centimètres environ, soigneusement entouré d'une suture à étages réunissant les tuniques correspondantes des deux bouts de l'intestin tout autour de la communication qu'ont vient d'établir entre leurs cavités. Cette anastomose doit être faite à plusieurs centimètres de distance de la partie compromise. On réduit alors les deux bouts sains, communiquant entre eux par l'orifice ainsi constitué et on laisse au dehors l'an se intestinale déjà gangrenée ou même douteuse. Si elle se gangrène, on voit se former une

fistule stercorale dont on obtient d'autant plus aisément l'occlusion que les matières passent librement du bout supérieur dans le bout inférieur. On peut donc pratiquer, pour la guérir, une entérorraphie consécutive dans les meilleures conditions. Si l'anse ne se gangrène pas, on la réduit au bout de quelques jours». Helferich a appliqué sa méthode à deux sujets ; l'un d'eux a rapidement guéri.

Depuis lors, Kredel (*Centr. für Chir.*, 1880) et Salzwedel (*Berl. klin. Woch.*, 18 juin 1890) ont répété l'opération avec un heureux résultat.

Cette opération est assez séduisante dans son principe ; mais nous montrerons, dans le cours de notre travail, ses inconvénients, non seulement dans les cas de gangrène confirmée, où M. Chaput (Jules Marin, Paris, 1891) avait proposé de l'appliquer, mais même dans les cas de sphacèle simplement suspect dans lesquels M. Helferich lui-même avait cru trouver la principale indication.

Nous ne voulons pas rentrer dans les détails historiques de la question. Aussi ne nous attacherons-nous pas à retracer les progrès apportés jusqu'à ce jour dans les procédés de suture intestinale ; on a vu, en effet, que la solidité et la perfection d'une suture peuvent seules donner des succès opératoires.

Nombreux aussi sont les moyens qu'on a indiqués pour parer aux graves inconvénients de l'anus contre nature. Mais le grand nombre même de ces procédés atteste de leur valeur toute relative.

Ils exigent, pour être bien faits, une habileté toute spéciale, un outillage particulier, une pratique assez longue et surtout un temps relativement considérable. Il n'est pas

rare de voir consacrer des heures entières à une résection intestinale suivie de sutures. « Or, à l'heure actuelle, où l'antisepsie permet de faire la part de ce qui revient à l'infection et au choc opératoire, on comprend bien l'importance d'une opération de courte durée, alors qu'on opère sur un viscère aussi délicat que le tube digestif, point de départ bien connu de réflexes généraux graves. » (*Gaz. heb.*, D^r Villard.) Combien plus précieuse doit être la rapidité opératoire dans les cas de mortification des tissus intestinaux. Dans la hernie gangrenée, il y a tout lieu de croire que la rapidité de l'acte opératoire est, au point de vue du succès ultérieur, d'une importance presque aussi grande que les plus strictes précautions antiseptiques.

Ces inconvénients graves, inhérents aux méthodes des sutures intestinales et de l'anus contre nature, d'autre part les avantages de simplicité et de rapidité opératoires dans les applications du bouton métallique, ont suggéré à M. Murphy, de Chicago, l'idée d'appliquer au traitement de la gangrène herniaire l'emploi de son bouton anastomotique.

Sans doute, l'idée des anastomoses viscérales, sans sutures, avait déjà été émise en 1826 par Denans (*Bulletin de la Soc. de méd. de Marseille*, 1826, n° 1, et *Bulletin de la Soc. de méd.*, 1838, t. II, p. 715), de Marseille, qui fit construire un bouton métallique reposant sur le même principe que celui de Murphy.

De même, en 1887, Senn, de Chicago, émit des idées dans ce sens. Mais les réels progrès faits sur la question des anastomoses viscérales sans sutures datent de 1892,

époque à laquelle Murphy publiait dans la *New-York medical Record* les premiers résultats de sa méthode.

C'est également à ce chirurgien que revient le mérite d'avoir vu, le premier, dans la hernie gangrenée, une des indications les plus nettes pour l'emploi de son ingénieux procédé.

En Amérique, les observations d'emploi du bouton de Murphy dans le traitement du sphacèle herniaire sont nombreuses et absolument favorables au procédé. Mais, en Europe, l'extension de ce dernier n'est pas encore bien établie et nous n'avons pu trouver que deux observations en Angleterre.

En France, la première intervention de ce genre pour gangrène herniaire a été faite à Lyon, le 10 janvier 1895, par M. le Dr Villard, alors prosecteur à la Faculté, actuellement chef de clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet. Les résultats successifs obtenus par cet auteur prouvent que la méthode de Murphy est très heureuse et appelée au plus grand avenir.

Notre but sera de montrer les avantages de la méthode que M. Villard a eu le mérite d'inaugurer dans notre pays; nous nous attacherons à établir que l'anastomose métallique tout en présentant les avantages des deux méthodes jusqu'ici employées, entérorraphie et anus contre nature, n'en présente pas les inconvénients.

Pour arriver à ce but, quelques considérations générales sur la hernie gangrenée ne nous semblent pas déplacées.

Les dangers que présentent les lésions sphacéliques de l'intestin montreront à quelles indications doit répondre un traitement rationnel et efficace. Par cela même le cha-

pitre suivant nous permettra de juger les deux procédés en usage jusqu'à ce jour, de les comparer à celui que nous préconisons et d'établir celui qui réalise le mieux les indications nécessaires ; celui-là devra rallier les suffrages,

CHAPITRE II

Considérations générales sur la hernie gangrenée. Ses dangers. — Indications opératoires.

Les phénomènes d'étranglement herniaire ont, s'ils ne sont pas arrêtés dans leur marche, toujours comme résultat le sphacèle. Ils n'amènent pas d'emblée des lésions anatomiques aussi graves.

La première période de l'étranglement est marquée par une extrême vascularisation de l'anse intestinale enserrée. Cependant la mortification prochaine s'annonce déjà par un œdème inflammatoire, par les colorations successivement rougeâtre, brune et enfin presque noirâtre de la muqueuse.

La deuxième période montre un sillon d'étranglement très net, très profond, et très persistant. En certains endroits, on peut déjà distinguer quelques petits points en imminence de perforation. Ces dernières lésions seraient, d'après les recherches de Cornil et Tschistonitch, le résul-

tat de la congestion et de la stase veineuse primitive aidées dans leur travail par le suc intestinal.

Enfin, dans la troisième période de l'étranglement, l'anse intestinale est frappée de gangrène dans une plus ou moins grande étendue.

Ces troubles si graves dans les tissus intestinaux se traduisent-ils par des symptômes bien nets ?

La gangrène de l'intestin serait annoncée par un soulagement momentané, une détente, un calme trompeur, la cessation des vomissements. Mais il y aurait augmentation du hoquet, et persistance de l'algidité. Peut-être, les phénomènes locaux sont-ils plus sûrs ; la tumeur herniaire devient plus molle, plus flasque ; la palpation montre une consistance pâteuse ; et, en même temps, mais c'est là un signe bien difficile à percevoir, on sentirait une sorte de crépitation, de clapotement dû à la présence des liquides et des gaz dans le sang.

Mais en réalité, ces signes sont très inconstants, et par suite très aléatoires. Ils ne pourraient entraîner un diagnostic rigoureusement exact, que s'ils se produisaient chez un malade hospitalisé, exactement suivi dans les progrès de sa hernie. Ces constatations sont d'ailleurs faites très rarement, car une hernie très bien traitée ne doit plus arriver au sphacèle : « La gangrène herniaire, dit Forgue, répond à une grave faute thérapeutique ; résultat de la chirurgie hésitante et tardive, elle doit disparaître avec l'entrée dans la pratique des kélotomies précoces. »

Au contraire, les opérations pour sphacèle herniaire sont presque toujours urgentes. En pareil cas, le seul diagnostic réellement possible à l'instant est celui d'étran-

glement herniaire. Quant à affirmer à l'avance l'existence des lésions de mortification intestinale, c'est chose plus difficile ; on ne peut pas se baser sur la durée de l'étranglement ; elle est si variable dans ses effets. Les paroles de J. L. Petit trouvent bien ici leur place : « On ne peut porter plus loin ses connaissances, jusqu'à ce que le livre de la vérité soit ouvert, je veux dire le sac ; c'est là qu'on connaît clairement les adhérences. » C'est là aussi le seul moyen d'apprécier exactement les lésions sphacéliques des viscères herniés.

A ses premières périodes, la gangrène intestinale n'est point toujours aisée à reconnaître, d'autant plus qu'on opère souvent à la lumière artificielle ou avec un éclairage défectueux. Plus tard les lésions prennent les caractères classiques : les tâches grisâtres, noirâtres, à teinte « feuille morte », primitivement séparées par des intervalles de muqueuse saine, se montrent rapidement confluentes ; et, au milieu d'elles, la paroi intestinale est devenue rapidement friable.

On peut facilement comprendre l'intérêt et l'importance de la détermination du degré de la gangrène. On a, il est vrai, au point de vue du traitement, un peu trop exagéré, à notre avis, le rôle de l'état des lésions sphacéliques. On a voulu établir des indications opératoires différentes lorsqu'on a affaire avec une escarre arrivée au stade de ramollissement putride et d'élimination, et lorsqu'on se trouve en présence simplement de lésions congestives et inflammatoires, laissant encore quelques doutes sur la vitalité des lésions inflammatoires. Dès à présent, nous posons en effet comme principe, comme règle générale, qu'un intestin suspect de sphacèle, même en un point très

limité, doit être considéré comme atteint de perforation et réclame un traitement particulier, immédiat, radical.

Il ne saurait en être autrement, si l'on considère tous les dangers qui menacent les malades atteints de hernie gangrenée. Ils sont imminents ; et toute intervention tardive est suivie presque invariablement d'une issue fatale.

On ne saurait déclarer qu'un procédé temporisateur, comme certains auteurs l'ont proposé, suffit toutes les fois qu'une perforation n'a pas encore établi de communication entre la cavité de l'intestin et celle du sac. Cette manière d'agir ferait courir de grands risques au malade, puisque des recherches bactériologiques, dont le début remonte déjà à trente ans environ, ont permis de voir que les dangers imminents dans le sphacèle intestinal ont une part des plus larges dans les altérations septiques se produisant dans le sac herniaire et dans son contenu liquide ; et cela même avant toute perforation sphacélique. En effet, dès 1867, Nepveu avait constaté la présence de bactéries dans la sérosité retirée du sac d'une hernie étranglée. Les faits de Nepveu trouvèrent une confirmation dans la communication de Clado en 1889 (Congrès de chirurgie). Ce dernier auteur avait même constaté des bactéries répandues par généralisation dans la sérosité péritonéale du cadavre et dans certains viscères, la rate et les poumons notamment. Bonnecken, qui en 1890 reprit ces recherches, avait trouvé dans le contenu séreux du sac herniaire non seulement les micro-organismes, commensaux de l'intestin, comme le *Bacterium coli commune*, le *Streptococcus brevis et gracilis*, etc., mais encore cinq ou six variétés de coccus de forme nouvelle et inconnue. Ces intéressantes recherches ont donné une explication scientifique des dan-

gers que la hernie gangrenée fait courir à la cavité péritonéale. Les auteurs ont en effet même surpris la pénétration de la « bactérie de l'infection herniaire » dans l'épaisseur même des tuniques intestinales; ils l'ont vu s'insinuer entre elles grâce aux desquamations épithéliales et aux solutions de continuité qui se font principalement au niveau du contour de la portion serrée.

Ainsi, d'un côté, les microbes accumulés dans le sac herniaire gagnent l'abdomen et amènent l'infection péritonéale. Qu'on joigne à cette principale cause pyohémique celle apportée par l'altération sphacélique fréquente du bout supérieur laissant ainsi transsuder les bactéries qu'il contient, et l'on n'hésitera nullement à reconnaître que le meilleur traitement, en pareil cas, sera le traitement radical et non pas préventif. En dehors des cas où l'infection péritonéale est curable par résorption du péritoine et par la résistance de ce dernier à l'envahissement des germes, on peut dire qu'elle est réalisée dans tous les cas de hernie gangrenée.

La cavité péritonéale n'est pas la seule à ressentir le contre-coup des lésions sphacéliques herniaires.

La résorption des micro-organismes par le sac, par le péritoine et par la muqueuse souvent altérée du bout supérieur, amène très fréquemment l'envahissement du système circulatoire.

Aussi n'est-il pas rare de voir à la suite de cette septicémie intestino-péritonéale d'origine herniaire, la dissémination des germes dans les viscères et la production de pneumonies et de néphrites hâtant l'évolution des accidents mortels.

Les considérations générales qui précèdent établissent

déjà suffisamment, à notre avis, les inconvénients de l'entérorraphie immédiate circulaire et de l'anus contre nature. Ils ne répondent pas assez aux indications qui découlent d'une étude d'ensemble de la hernie gangrenée et de ses immenses dangers.

Cette affection, avons-nous vu, est toujours accompagnée d'un cortège de phénomènes généraux d'une excessive gravité : le choc opératoire devra être aussi faible que possible : l'opération devra être menée avec rapidité.

Les tissus sphacelés et même les tissus voisins du siège du sphacèle sont friables et peu résistants : Le traitement devra donc réunir toutes les conditions possibles de solidité ; il devra, autant que possible, favoriser la formation d'adhérences solides, la contention parfaite entre les deux bouts de muqueuse mis en contact.

La possibilité d'une infection péritonéale imminente, les dangers d'une septicémie généralisée par le système circulatoire, les chances d'infection des poumons et des reins seront autant de motifs plaidant en faveur d'une instrumentation simple, facile et rapidement mise en œuvre ; elle devra donc réaliser le plus possible cette simplicité.

Enfin le meilleur traitement sera également celui qui n'entretiendra pas pendant longtemps soit l'infection, soit l'affaiblissement de malades déjà sous le coup de résorptions putrides.

En résumé, l'opération de choix devra réunir les avantages de rapidité, de facilité d'exécution, de solidité, de sécurité dans la suite.

CHAPITRE III

Appréciation des procédés employés jusqu'à ce jour.

Nous examinerons d'abord l'établissement d'un anus contre nature ; nous verrons si cette méthode répond bien aux exigences indiquées dans notre second chapitre.

L'anus contrenature est assurément une opération simple et de courte durée. Tout le monde peut l'établir ; il n'est nullement nécessaire de posséder une technique opératoire bien savante.

Mais en dehors de ces deux grands avantages, simplicité et rapidité, la méthode en question présente des inconvénients qui justifient le discrédit dont elle a été entourée dans ces derniers temps.

En première ligne, nous citerons : l'écoulement incessant des matières stercorales. Cet écoulement provoque très souvent un phlegmon grave dans la région du sac. L'infection peut aussi, par ce fait même, gagner le péri-

toine et déterminer des péritonites mortelles. Souvent on peut observer à la suite des suppurations sous-péritonéales graves. Il a même été donné de voir quelquefois l'infection se généraliser, donner des thromboses septiques de la veine fémorale avec embolie pulmonaire consécutive (cas de Mikulicz). Nous signalerons également les cas de mort fréquents à la suite de l'épuisement occasionné par la déperdition excessive et prolongée des matières. Nous ferons remarquer aussi que l'anus artificiel ne met nullement à l'abri de la perforation du bout supérieur en un autre point de l'intestin (Chapplain 1859. English 1890. Bouilly)

Mais une des plus sérieuses contre-indications de l'anus contre nature, c'est la formation de l'éperon. Sans doute, cet inconvénient ne pèse pas d'un grand poids dans les cas de petites hernies crurales marronnées, totalement sphacélées ou même dans les cas de plaques gangreneuses larges de l'ischémie partielle: le fait de fixer, dans ces cas, l'intestin grêle à la paroi abdominale par une couronne de sutures et de l'ouvrir est chose simple et ne peut faire craindre la formation d'un éperon bien gênant dans la suite.

Mais, dans les cas de hernies inguinales, dans les cas de mortification étendue d'une anse intestinale, il faut compter sur un éperon considérable et sur toutes les suites fâcheuses d'une pareille complication: chances nombreuses d'infection, dépérissement rapide, grave incommodité.

D'ailleurs si le malade peut échapper aux accidents primitifs, il n'en reste pas moins affligé d'une véritable infirmité longue et dégoûtante qui ne peut guérir que par une série d'opérations graves et répétées.

Et, à supposer que ces interventions ne réussissent pas,

les malheureux sont presque tous voués à la mort par inanition. « L'anús contre nature ; dit Marin dans sa thèse, est un moyen de guérison qui, lorsqu'il s'effectue, n'est qu'une mort à la vie sociale. »

Si, aux désavantages ainsi présentés, on ajoute les chances assez fréquentes d'obstruction intestinale, on ne sera nullement étonné de voir des statistiques aussi pénibles que les suivantes ; elles montrent bien que, dans le traitement du sphacèle herniaire, l'établissement d'un anus contre nature n'est qu'un pis aller thérapeutique. Kocher a vu mourir ses sept hernieux atteints d'un anus contre nature (*Correspond. Blatt. für Schweizer Aerzte*, 1886, n° 5). Morse (*Wiener und Wochenschr*, 1882, n° 15) a noté, sur 7 cas, 3 morts rapides par collapsus ou péritonite aiguë. Haenel (*Zur Casuistik der gangränösen Hernien*, *Archiv. f. Klin Chir.*, XXXVI, 1887) rapporte 7 cas de hernies gangrenées où l'on fit un anus contre nature, cinq fois après simple suture de l'intestin à la peau, deux fois après résection d'un tronçon intestinal de 18 centimètres dans un cas, de 51 centimètres dans l'autre. Trois de ces faits ont été mortels, avant même qu'on ait pu songer à traiter l'anús contre nature.

Ces statistiques particulières suffisent à montrer la gravité d'une telle opération. Elles sont appuyées par des statistiques générales.

La thèse de Tostivint donne une mortalité générale de 85,29 pour 100 dont 48,48 pour 100 tenant aux accidents immédiats et 21,81 pour 100 aux accidents secondaires dans l'établissement de l'anús contre nature ; le reste revient aux accidents éloignés dus au rétablissement du cours des matières, soit 15 pour 100.

D'après les faits réunis par Kendal Franks et Hutchinson (*The Lancet*, p. 794, 8 avril 1893), le taux de la mortalité est de 80 pour 100. Une seconde statistique de Lockwood donne comme résultat 88 pour 100 de mortalité. Enfin, d'après Mikulicz, la moyenne s'élève à 76 pour 100. Dans cette dernière statistique, la mortalité due au procédé opératoire est de 71 pour 100, la mortalité inévitable de 28 pour 100.

D'ailleurs, dès 1891, certains de nos maîtres de la Faculté de Lyon, avaient condamné l'établissement d'un anus artificiel dans le traitement des hernies strangulées.

M. le professeur Maurice Pollosson insistait sur l'extrême gravité des anus contre nature établis dans ces cas.

Il déclarait que, dans les hôpitaux, il n'en avait jamais vu guérir. Il faisait à ce propos remarquer que les opérés qui vivent viennent de la campagne ou bien que les anus artificiels se sont produits après des phlémons herniaires et spontanément ou par la simple incision. MM. les professeurs L. Tripier et Gangolphe corroboraient cette opinion. M. Chandelux élevait la mort immédiate ou consécutive à 85 pour 100. M. Ch. Audry déclarait que sur 7 cas d'anús contre nature établis par lui, tous les malades succombèrent.

Des notions qui précèdent il résulte que l'anús contre nature est un mauvais traitement de la gangrène herniaire, plus dangereux dans ses résultats secondaires que dans ses résultats immédiats.

L'*entérorraphie* ne mérite pas une condamnation aussi sévère. Elle ne présente pas moins de sérieux inconvénients. La résection intestinale suivie de l'*entérorraphie* est toujours une opération longue et minutieuse ; la moyenne de la durée opératoire est d'une heure et demie. Pour

atténuer, dans ce cas, le shock opératoire, certains chirurgiens ont supprimé le sommeil chloroformique sous le prétexte que les sutures intestinales ne sont guère douloureuses ; ils se contentent d'anesthésier la peau par des injections de cocaïne. Il n'en reste pas moins que les longues manipulations de l'intestin ne sont innocentes que sur les sujets dont la résistance est notable. Pour peu que l'état général soit mauvais, pour peu que le malade soit en hypothermie, avec les extrémités froides, etc., il est de règle de s'abstenir de toute intervention de longue durée, même sans anesthésie chloroformique. C'est le cas pour le sphacèle intestinal d'origine herniaire.

En outre, ce qui compromet le succès dans les entérectomies avec sutures, c'est que, à peine les sutures terminées, à peine la continuité du tube digestif rétablie, les liquides intestinaux accumulés sous pression dans le bout supérieur, passent en débâcle dans le bout inférieur en forçant sur la ligne des sutures. Et si on n'est pas sûr de leur perfection et de leur solidité, on observe un épanchement stercoral et la péritonite plus ou moins généralisée consécutive ; et cela, malgré la rapidité relative avec laquelle s'établit l'adhésion entre les surfaces séreuses.

L'imminence d'infection péritonéale tenant à la pression exercée sur les sutures par les matières accumulées dans l'intestin n'est pas seule à redouter. Il faut craindre aussi les dangers de la septicémie généralisée. En effet, la ligne des sutures rétrécit le calibre intestinal, formant à ce niveau une sorte de valvule. Celle-ci favorise l'accumulation et l'arrêt du mucus intestinal, du lait ingéré, dans l'intestin ; en même temps l'augmentation de la tension

facilite la résorption des matières septiques. Il n'est pas rare, d'ailleurs, d'observer, à la suite de cet excès de tension, des perforations spontanées du bout supérieur, signalées par Nicaise, Labbé et Chaput.

Nous signalerons enfin la confiance très relative que méritent les sutures intestinales dans le cas de hernie gangrenée. On observe souvent l'échec de la réunion par première intention des lèvres de la muqueuse; cela tient à ce que les sécrétions pénètrent fréquemment dans la plaie, l'infectent et empêchent ainsi la parfaite coaptation. D'autre part, il est aisé de comprendre que les tissus intestinaux avoisinant les points sphacelés soient plus ou moins altérés; si, quelquefois, ils paraissent sains, l'altération, pour n'être pas apparente, n'en existe pas moins histologiquement. La réunion se trouve alors compromise, les fils coupent les tissus et souvent la gangrène envahit secondairement la région opérée.

On a, il est vrai, proposé des moyens spéciaux pour obvier aux inconvénients de la friabilité des tissus. Voici la pratique recommandée par Kiedel et König :

« Après le débridement, désinfecter ou même réséquer le sac infiltré de matières putrides et trop souvent en proie à la péritonite septique, ouvrir l'anse et maintenir dans son bout adhérent une grosse sonde de caoutchouc rouge, la fixer à l'anse ou à la cuisse par quelques points d'attente; prescrire le spray ou les applications antiseptiques chaudes. Au bout de vingt-quatre heures, l'entérite herniaire a rétrocedé et avec elle la friabilité inflammatoire de l'anse; on n'est plus alors exposé à placer des fils de suture sur des parties d'intestin infiltrées, fragiles, sphacélées ou près du sphacèle, on n'a plus à craindre cette

gangrène par coprostase que König estime très redoutable à la ligne des sutures. » C'est là un procédé très prudent, mais il se concilie bien mal avec la rapidité que nécessite l'acte opératoire bien compris.

D'ailleurs, le bilan approximatif de l'entérectomie primitive pour sphacèle herniaire montre que cette intervention conserve une moyenne respectable de mortalité, même avec l'antisepsie, même entre les mains d'excellents praticiens.

Mikulicz a réuni les statistiques de Czerny-Reidel-Rocher-Hahn et la sienne : sur 64 cas, il note 32 décès, soit 50 pour 100. Sur 49 résections circulaires primitives de l'intestin, Baretti trouvait en 1883, 26 guérisons et 23 morts ; soit une léthalité d'environ 47 pour 100. D'après un tableau de 220 cas présenté à la Royal surgical Society, on aurait 48 pour 100 de mortalité. La statistique de Reichel (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1885), comprend 56 opérations pour hernies gangreneuses, avec 24 guérisons, 3 fistules, 29 morts.

Depuis, Nedopil (*Wiener med. Wochensch.*, XXXVI, 1886), a publié 4 résections intestinales pour gangrènes herniaires, avec 2 morts.

Hoënel ajoute à ces tableaux une liste de 16 cas plus récents de résection et suture primitives d'anses intestinales gangrenées. Ils sont empruntés à Riedel dont le malade enregistré comme guéri eut une fistule tardive, subit une seconde résection et mourut ; à Prati, qui perdit son opéré de shock ; à Ill qui, sur 3 cas, note 1 guérison après fistule prolongée ; à Wetergoën qui rapporte 3 faits mortels. En tout, 10 morts et 6 guérisons dont 2 avec fistule stercorale persistante.

Canson a colligé 21 cas de résection intestinale, il relève 8 morts, dont 3 par shock et 4 par péritonite septique. Nous connaissons, en outre, 2 cas mortels de Tédénat. Andercgy rapporte dans sa thèse 2 entérectomies de Socin suivies de mort.

Tels sont les inconvénients des deux méthodes qui ont jusqu'à ce jour été seules employées ; tels en sont les résultats.

La comparaison entre les deux procédés établit cependant la supériorité de l'entérorraphie ; car si l'anus contre nature a tous les inconvénients de la résection sauf la durée de l'opération, il en a aussi qui lui sont propres : en première ligne, l'inanition et la nécessité d'une deuxième opération pour le rétablissement du cours des matières.

Les difficultés, les désavantages des deux méthodes ci-dessus étudiées ont poussé certains chirurgiens à appliquer à la gangrène herniaire le procédé de Murphy, c'est-à-dire un mode plus facile et plus simple de fermer l'intestin après résection, tout en y assurant une sécurité absolue.

A notre avis, les résultats ainsi obtenus grâce aux avantages de la méthode sont dignes de la plus grande confiance. Les observations de M. le Dr Villard doivent éclairer d'un jour nouveau la conduite à tenir dans le cas de hernie étranglée avec sphacèle de l'intestin. Les chapitres suivants chercheront à l'établir.

CHAPITRE IV

Manuel opératoire de l'entéro-anastomose par le bouton de Villard dans la hernie gangrenée. Description sommaire du bouton de Villard.

Le manuel opératoire repose sur l'emploi du bouton anastomotique. Le modèle employé en Amérique est celui de Murphy. Des mémoires récents sur la question ont décrit en détail ce petit appareil composé de deux moitiés cylindriques s'articulant l'une avec l'autre ; sur chacune de ces deux moitiés introduite dans la lumière d'une anse intestinale divisée, on peut fixer solidement la tranche de section de cette dernière. Il suffit alors, pour rétablir la continuité du tube digestif, de rapprocher la partie mâle et la partie femelle et de les serrer l'une contre l'autre.

On détermine de la sorte un adossement séro-séreux ; et au bout de quelques jours, des adhérences étant créées au niveau du bourrelet circulaire des tuniques intesti-

nales emprisonnées entre les mors de l'appareil, il se fait sur ce point un tissu de sphacèle qui permet au bouton d'être évacué avec les fèces dans un temps variable.

Nous donnerons cependant quelques détails sur les modifications que M. le D^r Villard a apportées au bouton type de Murphy; elles sont d'autant plus heureuses que, ayant pour but un adossement plus parfait des séreuses intestinales, elles sont précieuses dans les cas de hernie gangrenée où les tissus intestinaux ont peu de tendance à la réparation. Voici la description sommaire du modèle employé par M. Villard dans des opérations diverses sur le tube digestif et en particulier dans celles qui sont la base de notre travail.

Il se compose aussi de deux pièces pouvant s'articuler l'une avec l'autre, semblables dans leurs grandes lignes, mais pouvant être distinguées dans leur système d'articulation en branche mâle et en branche femelle. La largeur de chacune des deux moitiés varie suivant le numéro considéré; l'épaisseur est de 2 millimètres environ : « Sur la pièce femelle, l'anneau métallique se continue à l'une de ses extrémités avec un deuxième anneau concentrique à lui, mais plus long, revêtant la forme d'un véritable cylindre à la face interne duquel est creusé un pas de vis permettant l'articulation avec la branche mâle, le cylindre sert en outre de lumière centrale à l'appareil pour le passage des liquides intestinaux. C'est sur lui qu'on vient serrer la tranche de section d'un des bouts de l'intestin. « La pièce mâle présente au lieu du cylindre central qui vient d'être décrit, une série de languettes ressorts disposées circulairement et dont les griffes terminales peuvent venir, lors de l'articulation

des deux moitiés, se fixer au niveau des rainures du pas de vis que nous avons vu exister sur la pièce femelle. Lors de l'articulation des deux moitiés du bouton, les deux anneaux périphériques peuvent venir jusqu'au contact intime l'un de l'autre et comprimer la portion d'intestin fixée d'une part sur le cylindre central de la branche femelle et sur les languettes ressorts de la branche mâle d'autre part. »

Mais les modifications principales apportées par M. Villard au bouton de Murphy, consistent surtout dans l'agrandissement très marqué de la lumière centrale qui, proportionnellement au volume total de l'appareil est beaucoup plus grande que dans le modèle américain. Le contenu intestinal peut, de la sorte, trouver un chemin plus large; d'autre part, étant donnés les funestes inconvénients que peut avoir un bouton à lumière trop étroite, on n'a pas à redouter des accidents d'obstruction intestinale.

« Sur la circonférence de l'appareil représenté par les deux anneaux concentriques existent de très larges orifices qui pénètrent au maximum la pièce métallique, de telle sorte que lors de la migration de celle-ci dans l'intestin, ces orifices peuvent s'opposer à l'obstruction intestinale, quand par suite d'un mouvement de rotation, l'axe de la lumière du bouton, ne correspondra plus à l'axe de la lumière de l'intestin » (Villard).

Enfin, on a supprimé la bague mobile que l'on trouve dans le modèle de Murphy. Son emploi est reconnu inutile depuis les recherches expérimentales et cliniques qui ont démontré à M. Villard que la section des tuniques intestinales n'est pas à redouter « surtout lorsqu'on emploie des

surfaces de pression suffisamment mousses et arrondies » ; quelques auteurs croient, en effet, que la bague mobile de Murphy empêche qu'une constriction trop forte ne vienne couper trop rapidement les tuniques intestinales ; ils la disent destinée aussi à régulariser la pression. Ces craintes sont vaines ; car M. Villard conclut de ses expériences que, entre les tuniques intestinales, s'établissent toujours de solides adhérences avant que leur section soit faite ; et cela, quelle que soit la pression employée.

D'ailleurs, pour cet auteur, la plaque intermédiaire de Murphy n'est pas sans avoir quelques inconvénients (*Société des Sciences médicales*. Communication du 21 novembre 1894). Elle empêche une coaptation parfaite des séreuses et expose, par conséquent, par défaut d'adossement, à la soudure incomplète entre les deux bouts de l'intestin et à l'issue des matières stercorales lors de la mortification de ses parois. Simultanément, M. Chaput était arrivé au même résultat, mais pour des raisons différentes. Il déclarait en effet, à la *Société de chirurgie*, qu'il s'était servi de boutons de Murphy auxquels il avait supprimé la bague mobile.

Tel est le bouton anastomotique de Villard. Tous n'ont pas le même diamètre, le plus petit de ceux applicables à l'homme est de 23 millimètres : c'est celui qui semble être employé de préférence chez l'adulte après les résections intestinales dans les cas de gangrène herniaire ; les deux autres modèles mesurent l'un 20 millimètres, applicable à la gastro-entéro-anostomose, l'autre 26 millimètres réservé seulement aux opérations portant sur le gros intestin.

Au contraire, Murphy emploie des boutons d'un dia-

mètre plus large ; mais les raisons qui militent en faveur du choix de M. Villard, sont les suivantes : « Première-
ment, l'inutilité de se servir de boutons trop volumineux
qui, comme l'ont bien démontré MM. Chaput et Lenoble,
exposent à l'obstruction intestinale au moment de leur
élimination. Deuxièmement, étant donné comme nous le
verrons plus loin, que l'emploi du bouton anastomotique
n'amène pas un rétrécissement ultérieur de la cicatrice,
l'inutilité encore de créer une trop large anastomose pour
parer à une rétraction que nous savons ne pas devoir sur-
venir. »

L'emploi du bouton de 23 millimètres n'expose pas à
l'obstruction intestinale vraie, et dans les recherches
entreprises par M. Villard sur sa migration sur le
cadavre, il l'a toujours vu franchir l'intestin sans aucune
difficulté.

Cet appareil si simple et si ingénieux ne nécessite nul-
lement un manuel opératoire compliqué. Il est à la
portée de tout le monde ; c'est son immense avantage.

La description du manuel opératoire entraîne la con-
viction à ce sujet. Nous la ferons d'une façon complète ;
nous insisterons plus particulièrement sur quelques points
qui ont été le sujet de discussions soulevées par M. Cha-
put de Paris.

Précautions préliminaires. — Elles sont d'une
grande utilité. En effet, en présence d'un sujet à opérer
pour hernie étranglée, on peut ne pas reconnaître d'emblée
l'existence du sphacèle, si les téguments ne sont pas alté-
rés ou si on n'a pas de renseignements sur la date du
début de l'étranglement ; ce n'est alors que dans le cours

de l'opération que la gangrène de l'anneau intestinal se montre avec ses caractères distinctifs. Si on n'a pas eu la précaution de préparer et de désinfecter à l'avance le bouton anastomotique, les fils et les aiguilles à suture, on se trouve arrêté et obligé de perdre un temps précieux, alors que dans la hernie gangrenée, c'est à la rapidité opératoire que revient la plus grande part dans l'issue de l'intervention.

Ces observations s'appliquent même aux cas où l'on peut reconnaître d'emblée le sphacèle accompagnant l'étranglement herniaire. Dans ces cas, il sera bon, avant d'inciser les tissus abdominaux superficiels et le sac herniaire, d'isoler les deux moitiés du bouton anastomotique et d'obturer la lumière centrale de chacune d'elles au moyen d'un tampon de coton. Cette précaution, futile en apparence, a cependant une certaine importance. Elle a du reste été signalée par M. Quénu. « En effet, au moment de la pose de l'appareil, les liquides intestinaux pourraient s'échapper au dehors et venir infecter ainsi la cavité péritonéale. » Il suffira de retirer le coton au moment précis de l'anastomose. — On devra, en outre, faire préparer deux aiguilles à main, chargées d'un fin fil de soie, long de 40 centimètres environ.

Opération proprement dite. — Elle comprend plusieurs temps bien distincts.

1^{er} temps. — Section successive des différentes couches du tissu abdominal. On s'arrête dès qu'on tombe sur l'anse intestinale étranglée, et on l'examine d'une façon approfondie, de façon à ne pas laisser passer inaperçu le moindre petit point de sphacèle ; dans les cas de

gangrène confirmée, la teinte feuille morte apparaît caractéristique, et les tissus sont mous, friables.

2^e temps. — On attire au dehors cette anse intestinale et on fait la ligature du coin mésentérique adhérent à la portion à réséquer. On évite ainsi la possibilité d'une hémorragie qui serait gênante pendant l'opération.

3^e temps. — Il comprend la résection intestinale proprement dite. On la pratique d'abord sur le bout supérieur par exemple ; on se sert de préférence du ciseau. Ce temps nécessite quelques précautions. Avant la section, un aide fait, par des pressions méthodiques, refluer en haut les matières intestinales situées au niveau de la partie à réséquer. Après la section, le même aide empêche leur reflux dans la cavité abdominale. D'après M. Villard, il est préférable, pour cela faire, d'user de la pression digitale de préférence à la pression fournie par une pince à mors garnie de caoutchouc, qui amène toujours une certaine altération des tuniques saisies. Il faut veiller aussi à dépasser quelque peu les limites de la portion intestinale atteinte de sphacèle.

4^e temps. — Il comprend l'adaptation d'une des branches du bouton anastomotique au bout supérieur, ainsi séparé du bout inférieur. Pour cela, on introduit l'une des moitiés dans la lumière centrale de l'intestin ; mais, auparavant, il est bon de placer sur tout le pourtour de la tranche de section une suture en bourse, à cheval sur la muqueuse et la séreuse. On n'aura alors qu'à faire des tractions exercées sur les deux extrémités du fil pour fixer solidement l'intestin sur le cylindre central ou sur les languettes ressorts du bouton anastomotique.

5^e temps. — Il consiste à faire sur le bout inférieur,

jusqu'à ce moment obstrué par la pression digitale, les mêmes manœuvres indiquées dans le 3^e et le 4^e temps.

Pendant ce temps, un aide tient le bout supérieur déjà préparé pour l'anastomose.

6^e temps. — L'anse intestinale gangrenée étant maintenant enlevée, il ne reste plus qu'à retirer les deux tampons de précaution qui ont, jusqu'à ce moment, obturé la lumière centrale de chaque moitié de bouton et à pratiquer l'anastomose des deux bouts. Pour cela, il suffit d'articuler les deux moitiés du bouton en engrenant la pièce mâle et la pièce femelle. Il est nécessaire de serrer les deux pièces ; nous indiquons plus bas le degré de la coaptation.

7^e temps. — Il est très important. Il comprend le débrièvement plus large que d'ordinaire de l'anneau herniaire, de façon à pouvoir réintégrer dans l'abdomen, sans difficulté, le point anastomosé. Il faut donc faire ce débrièvement avant d'essayer le refoulement de l'anse intestinale munie de son bouton anastomotique.

8^e temps. — Réintégration de l'intestin dans l'abdomen.

9^e temps. — Fermeture de la plaie cutanée.

Nous voulons maintenant insister tout particulièrement sur un point spécial de l'opération. Il a été discuté à la Société de chirurgie par M. Chaput. Cet auteur dit que, une fois les deux branches mâle et femelle articulées, il ne faut serrer que d'une façon modérée pour éviter la section des tuniques intestinales.

M. Villard, dans une communication faite à la Société des Sciences médicales de Lyon (21 novembre 1894), émet une opinion contraire ; il déclare que, sans crainte de l'accident redouté par M. Chaput, il faut serrer d'une façon

énergique entre elles les deux moitiés du bouton anastomotique. M. Quénu, vers la même époque, déclarait à la Société de chirurgie être partisan aussi d'un serrage assez fort, mettant ainsi à l'abri d'un écoulement stercoral dans l'abdomen.

Voici les raisons qui militent, d'après M. Villard, en faveur d'un serrage énergique des parois intestinales sur chacune des parties du bouton :

La libération de la pièce métallique et son expulsion au dehors dépendent de la mortification de la portion des tissus intestinaux comprimés entre les mors de l'appareil. Si l'on veut obtenir une évacuation rapide, il faut provoquer une mortification prompte. Cette dernière réalisera d'autant mieux les conditions que la coaptation entre les deux branches sera plus énergique.

Dans le cas contraire, la libération tardera à se faire, et le contact irritant prolongé de la pièce métallique déterminera au niveau du point anastomosé des ulcérations qui pourront arriver à la perforation intestinale au bout d'un temps plus ou moins long : « C'est ce mécanisme qu'il faut, croyons-nous, invoquer dans les cas de mort par péritonite avec perforation au bout de plusieurs jours, que l'on a rapportés à la Société de Chirurgie (notamment les deux cas de M. Dernons de Bordeaux) » (Villard.)

On ne peut cependant pas exiger même du serrage le plus énergique entre les deux pièces du bouton, une élimination très précipitée de ce dernier. Quelle que soit la pression employée, il faut toujours au moins cinq ou six jours pour que la section des tuniques intestinales puisse être effectuée. Au bout de ce temps, les adhérences sont assez subitement créées pour bannir toute crainte de

filtration stercorale. Ainsi, contrairement aux idées de Chaput, nous disons avec M. Villard que la coaptation très énergique est une garantie absolue de sécurité.

A cette question de l'adossement des tuniques par l'emploi du bouton anastomique dans la gangrène herniaire se rattache un point de détail non sans importance d'ailleurs.

Lorsque, par suite d'une coaptation imparfaite des deux pièces métalliques, l'adossement des surfaces sereuses n'est pas rigoureux sur tout le pourtour, il est utile de placer une suture de Lunbert au niveau des points douteux. Mais cette précaution n'est indispensable que dans les cas où, par suite d'une faute opératoire, la fixation de l'intestin sur chacune des moitiés du bouton a été mal effectuée. Cependant, nous n'estimons pas qu'il soit nécessaire de faire d'une suture de renforcement un temps spécial et applicable à tous les cas sans exception. C'est chose inutile lorsque la coaptation des branches mâle et femelle a été parfaitement établie. Dans ce dernier cas, on peut même dire que c'est chose nuisible et à un double point de vue : d'un côté, c'est prolonger l'acte opératoire dans une opération dont le mérite principal est la rapidité ; de l'autre, c'est produire au niveau de la section de suture une irritation trop vive et trop prolongée, pouvant par cela même donner lieu à des accidents d'ulcération et de perforation intestinales.

Tel est le manuel opératoire que M. le Dr Villard a employé dans les quelques opérations qu'il a faites pour hernie gangrenée ; telles sont les considérations auxquelles donnent lieu quelques points spéciaux de la question.

Deux points surtout nous paraissent devoir en être retenus d'une façon particulière :

« Premièrement, la suture en surjet, utilisée comme moyen de fixation des tuniques intestinales sur la pièce métallique, suture qui a l'immense avantage d'être facile à appliquer et de réduire toute hernie de la muqueuse, dont l'interposition même sur une faible étendue empêcherait la soudure des séreuses et deviendrait inévitablement le point de départ d'une perforation intestinale suivie d'une péritonite septique. Deuxièmement, la force nécessaire pour obtenir un contact intime des parois en présence, permettant ainsi une élimination suffisamment rapide du bouton et assurant temporairement la contention parfaite des liquides intestinaux » (Villard).

Nous avons décrit la méthode de traitement qui nous semble le plus recommandable. Il nous reste à en faire voir les réels avantages ; ils ressortiront nettement de la mise en parallèle du procédé que nous préconisons avec l'entérorraphie et l'anus contre nature étudiés dans le chapitre précédent.

CHAPITRE V

Appréciation du procédé de Murphy appliqué au traitement de la gangrène herniaire. Ses avantages. Réfutation des objections.

La description du manuel opératoire a déjà montré la grande simplicité du procédé. Les développements qui vont suivre établiront qu'il réalise nettement toutes les indications nécessaires au traitement de la gangrène herniaire.

Jusqu'à ces dernières années, le chirurgien placé en face d'un sujet en proie aux phénomènes graves du sphacèle intestinal ne pouvait avoir recours qu'à l'entérectomie avec sutures consécutives, ou à la création d'un anus contre nature. La crainte d'une opération longue et difficile, son retentissement défavorable sur l'état général d'un sujet, en imminence de collapsus, réduisaient le chirurgien à établir un anus artificiel. On avait évité ainsi, il est vrai, les dangers du moment, mais, au bout

d'un certain temps les malades réclamaient une cure de l'anus, infirmité dégoûtante et les tenant en imminence de phénomènes d'infection généralisée. Par contre, c'est dans ces cas d'exceptionnelle gravité que le bouton anastomotique trouve son application la plus typique. Il présente en effet sur les deux autres procédés des avantages précieux, d'ailleurs indiscutables.

En premier lieu, se place la rapidité du manuel opératoire. Si on a pris la précaution de préparer à l'avance le bouton et accessoires, il est très facile avec une certaine habitude, d'opérer une hernie gangrenée par la résection suivie d'entéro-anastomose avec le bouton, en dix ou douze minutes.

C'est là un fait d'une importance considérable ; plus que partout ailleurs, dans les interventions abdominales, agir vite est, d'après M. le professeur Poncet, une condition capitale. Il n'est pas en effet de viscère plus délicat que le tube digestif, tant à cause des nombreuses chances d'infection qu'il présente, qu'à cause des réflexes généraux graves dont il est l'origine.

La solidité de l'anastomose est aussi un des grands avantages de la méthode. Avec elle, on observe toujours la ligne des sutures absolument étanche, et quelle que soit la pression des liquides intestinaux, à aucun moment ceux-ci ne pourront filtrer et infecter la cavité péritonéale. Au contraire, dans les cas d'entérectomie avec suture, il est très possible de voir suinter en un point quelques gouttes, surtout lorsqu'on soumet la ligne de sutures à la pression d'un liquide contenu dans l'anse intestinale.

Cette solidité doit faire rejeter toute crainte de péritonite qui, on le sait, est sous la dépendance de la filtration

des liquides intestinaux. Cette dernière est d'autant plus à considérer et d'autant plus facile à comprendre que, à peine la continuité du tube digestif rétablie, les matières intestinales accumulées sous pression passent en débâcle au niveau du point où a porté la résection et forcent les sutures.

Le point réséqué doit donc être solide ; cette condition est parfaitement réalisée et d'une façon immédiate par la présence de la pièce métallique.

Cette solidité de l'anastomose donne aussi à notre procédé un immense avantage sur les deux autres : elle permet d'alimenter de bonne heure les malades affaiblis tels qu'on les rencontre dans les cas où la gangrène herniaire a déjà donné lieu soit à un phlegmon stercoral, soit même à un certain degré d'infection généralisée. Avec la suture, l'alimentation n'est possible que bien plus tardivement. Avec l'anus contre nature, on ne peut y songer avant un laps de temps quelquefois assez long pour amener la mort par inanition.

D'autre part, l'emploi du bouton ne contre-indique nullement l'administration de lavements. Or, ils sont précieux dans les cas fréquents où l'évacuation des gaz et des selles se fait attendre, exposant ainsi le malade à la résorption de produits septiques. Au contraire, les sutures souffriraient grandement de l'excès de pression brusque développé à leur niveau par une débâcle laxative.

Il est évident aussi que les phénomènes d'infection péritonéale ne cessent pas immédiatement, quel que soit le procédé employé. L'opéré est encore sous le coup d'efforts de toux fréquents et intenses ; il a aussi des vomissements.

La pièce métallique résiste à ces accidents. M. Villard

a même vu, dans un cas, sous ses yeux, l'adossement des tuniques intestinales supporter d'une façon parfaite des secousses violentes de vomissements.

Ajoutons à ces avantages l'inutilité de pratiquer l'hémotomie de la tranche de section, après l'ablation de la partie gangrenée. Il suffit de faire la ligature du coin mésentérique adhérent à la portion d'intestin à réséquer. La nécessité d'arrêter l'hémorragie des tuniques intestinales sectionnées n'existe pas avec l'emploi du bouton anastomotique. Les mors de l'appareil établissent une compression assez énergique des tissus intestinaux pour assurer d'une façon parfaite et définitive l'oblitération des vaisseaux.

La simplicité du manuel opératoire n'a-t-elle pas sa valeur ? Celle-ci est d'autant plus grande qu'elle s'applique à une affection que tout médecin peut être appelé à traiter d'urgence. C'est d'ailleurs aussi l'opinion de G. Marivedel (*Beiträge zur klin. Chir.*, XIII, 3). « La pose de l'instrument n'exige pas une longue pratique et une complète habitude comme la suture intestinale, et il semble qu'il qu'il suffise de l'avoir vu employer pour l'appliquer convenablement soi-même. Combien d'opérateurs à la campagne, en présence d'une gangrène herniaire préfèrent les ennuis pour leur malade d'un anus artificiel à la résection intestinale qui, pratiquée avec le bouton anastomotique, n'offrirait pas dans bon nombre de circonstances plus de gravité. » (V. Villard.)

En résumé, pas de shock opératoire, à cause de la rapidité de l'intervention, pas de péritonite consécutive à cause de la solidité de la coaptation, pas de complications opératoires, tels sont les avantages principaux de la mé-

thode de Murphy appliquée au traitement de la hernie gangrenée. Cette dernière fournit à ce nouveau procédé l'indication la plus typique et la plus précise.

On a fait à la méthode de nombreuses objections. Elles ne nous semblent pas plus justifiées dans les cas spéciaux au sphacèle intestinal que dans les autres cas, envisagés d'ailleurs d'une façon générale.

M. Chaput dit que la lumière du bouton peut être oblitérée par des matières fécales et que ce bouton, en gênant la circulation des gaz et des matières, peut occasionner de l'occlusion intestinale. Ce reproche, quelque peu justifié pour le bouton de Murphy type, ne l'est plus à l'heure actuelle, depuis les modifications apportées au bouton anastomique par Villard. Nous avons vu, en effet, dans le chapitre IV de ce travail, que l'agrandissement très marqué de la lumière centrale formait un libre passage au contenu intestinal ; d'autre part, les larges orifices créés sur la circonférence de chacune des deux moitiés de l'appareil permettent, lors de la migration de celui-ci dans l'intestin, de s'opposer à l'obstruction intestinale pouvant se produire par un mouvement de rotation du bouton dont l'axe central de la lumière ne correspondrait plus alors à l'axe de l'intestin.

Nous n'insisterons pas davantage sur les dangers que M. Chaput encore attribue à une coaptation trop forte des deux pièces. Les développements précédents prouvent que cette objection n'est pas justifiée.

« En tenant compte, dit M. Chaput, des avantages et des inconvénients du bouton de Murphy, on arrive à cette conclusion que cet appareil est très ingénieux, qu'il

abrège notablement la durée des opérations intestinales, les rend plus faciles et évite le rétrécissement tardif. Malheureusement, son emploi n'est pas sans dangers et son application réclame beaucoup de précautions et de prudence. Enfin, il est utile de lui faire subir un certain nombre de modifications pour en faire un instrument satisfaisant.»

Sans doute, il faut veiller attentivement après l'application du bouton anastomique ; mais combien plus nombreuses sont les alertes à la suite d'une entérorraphie circulaire ou à la suite de l'établissement d'un anus artificiel !

Les modifications apportées au bouton réalisent les *desiderata* formulés par M. Chaput.

Nous ne pourrions mieux faire que relater sommairement les preuves expérimentales fournies par M. Villard, pour montrer la bénignité des suites opératoires après l'anastomose métallique dans la hernie gangrenée.

Cet auteur a expérimenté sur 7 chiens. Tous ont guéri et ont supporté l'opération sans trace de shock. Un seul a succombé à une péritonite infectieuse dont le point de départ ne paraît pas être au niveau du point où avait été faite la résection intestinale. L'élimination du bouton s'est effectuée généralement du dixième au quinzième jour sans aucun accident, ni sans menaces d'obstruction intestinale.

Les résultats éloignés ne l'ont en rien cédé aux résultats immédiats dans ces expériences. M. Villard nous dit à ce sujet : « Deux des chiens opérés ont été sacrifiés trois et quatre mois après la résection intestinale faite sur eux. La première pièce anatomique nous montre une anse intestinale au niveau de laquelle, en un point, existent

des adhérences épiploïques assez étendues formant un véritable anneau autour de l'intestin. Cet anneau épiploïque répond à la cicatrice de la soudure des deux bouts de l'anse et forme là une véritable tunique de renforcement. Isolée de ces adhérences, l'anse intestinale présente un aspect extérieur à peu près normal, sans altération apparente de structure. Elle n'offre pas de rétrécissement visible, et on peut s'assurer facilement qu'il n'existe aucune diminution de son calibre intérieur. La circulation des matières stercorales se fait librement et la cicatrice de l'ancienne résection n'a aucune tendance à la rétraction. La deuxième pièce est aussi des plus intéressantes. L'intervention remontait à quatre mois et on eut de la peine à retrouver la trace de l'ancienne résection. Il n'existait au niveau de la cicatrice aucune adhérence épiploïque, aucune trace non plus d'une réaction inflammatoire ancienne. La continuité entre les deux bouts de l'intestin était absolument parfaite, et seule une petite ligne brunâtre indiquait la cicatrice. Il semble sur cette pièce que la fusion ait été complète entre toutes les tuniques. Le calibre de l'intestin est absolument normal ; la souplesse des tissus est parfaite. S'il n'existait cette ligne brunâtre et la présence d'un petit fil de soie enkysté dans le bord mésentérique, on pourrait douter de la réalité d'une résection antérieure en ce point. En tout cas, ce qu'il y a d'absolument net, c'est l'absence d'une cicatrice rétractile ; celle qui existe est souple, élastique, et n'a diminué en rien le calibre de l'intestin. »

Ainsi, les pièces anatomiques corroborent les résultats cliniques. Ces preuves expérimentales doivent peser d'un grand poids dans le choix à faire dans le traitement de

la gangrène herniaire. Les preuves cliniques doivent entraîner la conviction.

On ne peut cependant pas faire du procédé de Murphy un procédé applicable à tous les cas de sphacèle intestinal. Il y a quelques contre-indications qui feront l'objet du prochain chapitre.

CHAPITRE VI

Contre-indications.

Pour si nombreux que soient les cas de hernie gangrenée où le procédé de Murphy soit applicable, il est impossible de méconnaître des exceptions à la règle.

Il faut chercher les contre-indications tantôt, mais exceptionnellement, dans l'état général du sujet, tantôt dans l'état local des lésions sphacéliques, et c'est là encore un cas bien rare ; tantôt surtout dans l'état des organes voisins du tube digestif et plus fréquemment du tube digestif lui-même.

Dans les cas de péritonite déjà généralisée avec un épanchement stercoral dans le péritoine, l'emploi du bouton ne trouvera pas une indication bien nette, ni bien plus favorable que les autres méthodes. A un degré d'infection moins avancé, mais déjà voisin du collapsus et ne permettant pas cependant d'essayer la chloroformisation, on peut encore trouver dans l'application de la pièce métallique quelques chances de succès (obs. III).

Dans le deuxième ordre des contre-indications, on peut faire rentrer les cas où il y a impossibilité absolue d'attirer à l'extérieur toute la portion intestinale et mésentérique gangrenée, ou bien disproportion trop grande du calibre des bouts à réséquer. La création d'un anus contre nature sera ici indiquée.

Mais les véritables contre-indications résident dans les causes diverses qui empêchent la migration du bouton et son élimination définitive.

En première ligne, on peut ranger la possibilité chez le malade d'accidents antérieurs du côté du tube digestif ayant pu provoquer un rétrécissement de son calibre. On peut observer ces faits dans les cas où la muqueuse intestinale possède des lésions cicatricielles, vestiges d'anciennes ulcérations, tuberculeuses, typhiques. L'élimination du bouton sera empêchée par le fait du rétrécissement permanent de la lumière intestinale au niveau de ces lésions. M. Villard, en expérimentant sur le cadavre la migration du bouton anastomotique, a rencontré un sujet chez lequel des ulcérations tuberculeuses avaient amené l'atrésie en certains points de la lumière de l'intestin, empêchant ainsi d'une façon absolue le passage de la pièce métallique. De même, la possibilité de rétrécissements serrés au niveau du rectum de natures diverses sera pesée. On devra songer aussi à des tumeurs voisines, comprimant le conduit intestinal.

Il sera donc utile, avant d'intervenir, de se renseigner autant que l'on pourra, sur la probabilité d'accidents semblables.

A cette question des contre-indications, se rattache plus ou moins directement la question des restrictions à

apporter à l'emploi de l'anastomose métallique dans la grangrène herniaire. Faut-il, en présence d'une anse intestinale à aspect douteux, placer un bouton, sans tenir compte de l'état plus ou moins avancé des lésions ?

Certains auteurs préconisent la temporisation dans les cas où l'intestin soigneusement examiné présente que des soupçons de sphacèle.

Parmi eux, Richelot recommande de ne pas réintégrer l'anse herniaire qui inspire des doutes. On la laisse au dehors sans l'ouvrir, sous un pansement antiseptique. Cette méthode permet de tenir l'anse en observation ; l'étranglement est levé, voilà l'important. Il y a inutilité absolue dans des cas semblables, d'après Richelot, de faire une résection immédiate avec entérorraphie ou anastomose métallique consécutives. « Sous l'abri antiseptique d'un pansement boricé ouaté, dit cet auteur, on verra mieux que par le bistouri se faire la part du sphacèle ; on verra les portions douteuses de la paroi intestinale continuer à vivre, la perforation tarder quelques jours, puis se faire en un point limité, en même temps que la plaie se retrécit, bourgeonne et refoule peu à peu l'intestin. » Parfois même, on réussirait à sauver toute l'anse du sphacèle et on pourrait la réintégrer dans l'abdomen.

D'autre part, Bourguet d'Aix a, dans le cas de tache intestinale suspecte, proposé un moyen d'attente. « Une anse de catgut ou de soie passée sous la plaque suspecte, maintiendra, tout contre l'orifice herniaire, l'intestin réduit : si l'escarre se détache, la perforation se fera hors du péritoine.

Ces différents procédés sont séduisants. Que faut-il en penser ?

Sans doute, dans les cas où il y a un doute sur la réalité des lésions sphacéliques, le phlegmon stercoral, la perforation, la spéticémie ne sont guère à craindre. Il nous semble dans ces cas seulement permis d'attendre avant de faire la résection. Mais il faut se réserver de pratiquer cette opération dès l'instant où apparaîtront les premiers signes de gangrène. La temporisation ne se comprend que dans les cas où il y a rétrocession de plus en plus marquée des soupçons de gangrène.

Au contraire, les plus minimes lésions de mortification intestinale nous semblent une indication suffisante pour appliquer le procédé de Murphy. Le sac herniaire, nous l'avons vu, est un foyer putride qui, d'un moment à l'autre, peut amener des accidents péritonaux de la plus haute gravité. Il importe de parer à ces accidents, et pour cela il faut se décider à opérer vite.

En résumé, nous croyons que l'attente est permise jusqu'à un certain point dans le cas où il y a simples soupçons de sphacèle ; elle ne l'est pas dans les cas où les lésions sont confirmées, pour si minimes qu'elles soient.

CHAPITRE VII

Observations.

Les quatre premières observations sont les seules publiées en France ; elles sont dues à M. le Dr Villard. Suivent deux observations anglaises et quelques autres que nous avons pu dégager dans la littérature médicale américaine.

OBSERVATION I

(Publiée par M. le Dr Villard, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, mars 1895).

Hernie gangrenée. — Résection intestinale. — Emploi du bouton anastomotique. — Guérison.

X..., âgée de cinquante-six ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse dans le service de M. le professeur Vallas, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 10 janvier 1895,

Elle est atteinte d'une hernie crurale gauche du volume d'un œuf de poule, présentant tous les caractères d'un étranglement vrai. L'état général est très grave.

En l'absence de M. le professeur Vallas, M. Villard appelé d'urgence auprès de ce malade se décide à la kétotomie qui est pratiquée à 7 heures du soir.

Opération. — Anesthésie à l'éther. Précautions antiseptiques ordinaires. L'incision des parties molles ne présente rien de particulier. A l'ouverture du sac, épanchement hématique de coloration douteuse, laissant percevoir une odeur putride spéciale, manifeste.

L'anse intestinale étranglée offre une coloration feuille-morte typique; il n'y a pas cependant de perforation manifeste.

Après débridement de l'anneau, on constate que le maximum des lésions porte sur la convexité de l'anse plutôt qu'au niveau du sillon.

La paroi intestinale est très amincie, flasque, en imminence de perforation.

La création d'un anus contre nature ou une résection intestinale s'imposent.

Malgré l'état général sérieux de la malade, M. Villard se décide, vu la possibilité de pratiquer rapidement la résection de l'anse gangrenée au moyen du bouton anastomotique, à cette dernière intervention.

L'anse intestinale étant largement attirée au dehors, après avoir fait refluer les matières dans un des bouts par des pressions méthodiques, un aide comprime l'intestin entre deux de ses doigts et il est fait en plein tissu sain une section transversale au-dessus du point gangrené.

Rapidement, au moyen d'une aiguille à main, on passe sur tout le pourtour de la tranche de section, un fin fil de soie faufilé en surget. Une des branches du bouton anastomotique étant introduite ensuite dans la lumière intestinale, on serre le fil en surget, fixant ainsi d'une manière définitive la pièce métallique. On fait des manœuvres identiques sur le bout inférieur.

Après la ligature du coin mésentérique, on pratique l'ablation

de l'anse gangrenée, et l'articulation des deux moitiés du bouton anastomotique ne présente aucune difficulté. L'adossement des séreuses est parfait sur tout le pourtour. Pas d'hémorragie. On voit les matières passer librement du bout supérieur dans le bout inférieur.

Lavage à l'eau bouillie du sac et de l'anse anastomosée, qu'on rentre ensuite dans l'abdomen.

Cette réintégration demande un débridement assez large de l'anneau, le diamètre du bouton employé dans ce cas étant de 23 millimètres.

Ligature et extirpation du sac. Sutures cutanées. Pansement.

11 janvier 1895. — Nuit très bonne ; les vomissements ont complètement cessé. Etat général bien meilleur. La malade ne présente pas de choc. Pas de selles, mais émissions abondantes de gaz. Pas de douleur dans l'abdomen. Température rectale : 37°1.

12 janvier. — Persistance d'un bon état général. Pas de ballonnement du ventre. Une petite selle. Température rectale : 38°8.

13 janvier. — La malade commence à s'alimenter un peu ; toujours bon état général.

18 janvier. — Etat général parfait. Cicatrisation de la plaie cutanée ; quelques selles.

20 janvier. — La malade éprouve quelques malaises, quelques nausées ; constipation ; symptômes vagues d'obstruction intestinale ; mouvement fébrile léger : 38°5. Sans doute l'élimination du bouton est en train de se faire et explique ces symptômes.

23 janvier. — Les phénomènes d'obstruction intestinale, plus accentués hier, tendent à disparaître. Un purgatif huileux a été donné ; il a produit plusieurs selles.

24 janvier. — Le malade a éliminé son bouton anastomotique. Etat général excellent.

1^{er} février. — La malade va aussi bien que possible. Appétit normal ; elle va quitter l'hôpital.

OBSERVATION II (Inédite).

(Clinique de M. le professeur Poncet. — Due à l'obligeance
de M. le D^r Villard).

*Hernie crurale gauche gangrenée. — Résection intestinale,
suivie d'entéro-anastomose par le bouton métallique de
Villard. — Guérison.*

B... Virginie, cinquante ans, ménagère.

Elle est amenée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 27 juin 1895, à 10 heures du soir, dans la salle Sainte-Anne (clinique de M. le professeur Poncet).

La malade présente des accidents manifestes d'étranglement herniaire remontant à trente-six heures seulement. Elle est porteur depuis six mois d'une petite hernie crurale gauche à laquelle elle n'attachait aucune importance, n'en étant pas incommodée.

Pourtant, à plusieurs reprises, elle eut des vomissements dont elle ne pouvait préciser la cause ; ils étaient très probablement en rapport avec une circulation défectueuse du contenu intestinal au niveau de l'anse herniée.

La veille de son entrée à l'Hôtel-Dieu, cette femme fut prise de vomissements, de douleurs très vives du côté de sa hernie, et d'un arrêt complet des matières et des gaz.

A son entrée, la malade présente tous les signes classiques de l'étranglement herniaire : vomissements fécaloïdes, ballonnement du ventre, aucune émission gazeuse. Du côté du triangle de Scarpa, petite tumeur marronnée, douloureuse, irréductible, mate, avec prolongement profond du côté de l'anneau crural. La kélotomie immédiate s'imposait. M. Villard la pratiqua d'urgence.

Opération. — Anesthésie à l'éther.

Incision des téguments au niveau de la tumeur herniaire. Dissection et isolement du sac.

A l'ouverture de celui-ci, écoulement d'une faible quantité d'un liquide séro-sanguinolent, qui permet de voir une petite anse d'intestin grêle très fortement serrée, mais ne paraissant pas atteint de sphacèle.

Pas d'épiploon.

L'anse intestinale est fortement serrée par les ligaments de Gimbernat.

Après débridement à ce niveau, l'intestin tiré au dehors, montre au niveau du collet une ulcération comprenant plus de la moitié de la circonférence du conduit digestif et en imminence absolue de perforation. L'étendue des lésions, la présence de tissus voisins de mauvaise nature faisant rejeter la possibilité d'une suture latérale, M. Villard se décide à faire une résection de l'anse intestinale gangrenée en utilisant le bouton anatomique construit d'après ses données.

L'anse intestinale est fortement attirée au dehors et lavée. Le coin mésentérique répondant à la partie qui doit être réséquée est enserré dans une solide ligature en catgut. Un aide fait refluer les matières dans le bout supérieur, puis, après avoir solidement saisi l'intestin entre deux doigts, celui-ci est sectionné. Manœuvres identiques sur le bout inférieur.

Les doigts des aides faisant l'office de pinces à pression continue et s'opposant à l'issue des matières stercorales, on fixe successivement sur chaque bout chaque moitié du bouton anastomotique au moyen d'une suture en bourse.

Celui-ci est ensuite articulé et l'on peut constater l'adossement parfait des surfaces séreuses. Sous les yeux des assistants, passent très facilement les matières intestinales du bout supérieur dans le bout inférieur.

On procède alors à la réduction de l'anse dans l'abdomen. Il est nécessaire pour cela de débrider fortement en haut et en dedans, en entamant les fibres internes de l'arcade de Fallope.

Diamètre du bouton employé : 23 millimètres,

Ligature et incision du sac ; suture.

L'opération totale a duré trente minutes. Ce qui en a prolongé la durée, ce furent les préparatifs nécessaires à la désinfection du

bouton, le début rapproché des accidents n'ayant pu faire soupçonner une gangrène de l'anse herniée.

22 juin 1895. — Etat général parfait. Cette nuit et ce matin, émission du gaz par l'anus. Disparition absolue des vomissements. La malade se trouve très bien. Température rectale : 37°8.

25 juin. — Etat général toujours excellent. Nouvelles évacuations gazeuses. Ce matin une selle abondante. Température rectale 37°5.

27 juin. — Nouvelle selle. Imprudence de manger des aliments solides. Température rectale : 37°5.

29 juin. — Un peu d'élévation de la température. Température rectale : 38°8. Elle est très probablement en rapport avec le début de la migration du bouton.

Etat général pourtant très bon. Une nouvelle selle très abondante.

1^{er} juillet. — Expulsion ce matin du bouton. Son passage a été révélé seulement par le bruit spécial qu'a fait la pièce métallique en tombant dans le vase. Température rectale : 37°4.

3 juillet. — La plaie opératoire est cicatrisée à peu près complètement. La malade a repris son alimentation normale.

M. Villard la présente, à cette date, à la Société des sciences médicales de Lyon, onze jours après l'intervention. Elle peut être considérée comme complètement guérie.

15 juillet. — La malade est revue en parfaite santé.

OBSERVATION III (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le D^r Villard).

Hernie crurale gangrenée. — Accidents très graves d'étranglement. — Résection intestinale. — Emploi du bouton anastomotique. — Guérison.

F.... Caroline, quarante-deux ans, tisseuse. Entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 20 août 1895.

Accidents d'étranglement herniaire remontant à trois jours. Cette femme était porteur depuis sept ans d'une hernie crurale droite ; depuis cinq ans, elle en avait vu venir une deuxième à gauche. Constipation habituelle.

A son entrée, la malade présente tous les signes d'un étranglement vrai ; arrêt des selles et des gaz ; vomissements fécaloïdes. Abdomen météorisé. Hernie crurale gauche indurée ; irréductible, tendue, douloureuse. Un peu d'œdème et de rougeur de la peau à ce niveau. Rien du côté de la hernie crurale droite.

Etat général excessivement gravé. Facies grippé. Pouls imperceptible à la radiale. Refroidissement des extrémités. Voix éteinte. Langue rôtie.

Une intervention rapide s'impose, malgré le peu de chances de survie. Pensant à une gangrène de l'intestin, M. le Dr Villard fait tout préparer d'avance pour pratiquer une résection et appliquer le bouton anastomotique.

Opération. — Pas d'anesthésie, vu l'affaiblissement extrême de la malade.

Incision rapide des téguments. Ouverture du sac d'où s'écoule un liquide à odeur infecte. Lavage. Débridement de l'anneau.

L'anse intestinale étranglée étant attirée au dehors on constate qu'elle est sphacélée sur toute son étendue avec plusieurs perforations. Rapidement, on lie la mésentère, on résèque l'anse gangrenée en en dépassant largement les limites ; on place le bouton anastomotique ; on l'articule et on réintègre le tout dans l'abdomen.

Le sac est lié et réséqué. Un pansement à la gaze iodoformée est appliqué sur la plaie au niveau de laquelle M. Villard ne fait aucune suture pour ne pas prolonger le traumatisme opératoire.

Durée totale de l'opération : quatorze minutes.

La malade est transportée dans son lit dans un état excessivement grave. On lui fait plusieurs injections sous-cutanées de caféine.

21 août 1895. — Etat général meilleur. Le pouls s'est remonté. Facies moins mauvais. Vomissements tout à fait disparus. Ce matin, émission de gaz en petite quantité.

Température rectale ; matin 38°4 ; soir 39.

22 août. — L'amélioration continue. Température rectale : 38.

25 août. — La malade a eu une selle. Gaz régulièrement tous les jours. La langue s'est dépouillée. L'appétit commence à se faire sentir. Disparition des douleurs abdominales. La guérison paraît dès ce moment certaine.

29 août. — Nouvelle selle. Etat général très bon. L'alimentation est commencée avec des liquides. Les forces reviennent rapidement.

4 septembre. — La malade est allée deux fois à la selle, mais avec lavements. La température est tout à fait normale depuis plusieurs jours.

9 septembre. — Les selles continuent à être régulières. Mais comme la malade se lève et est d'une grande indocilité, elle néglige d'aller à la garde-robe dans le vase qu'on lui donne afin de ne pas laisser inaperçue la sortie du bouton anastomotique. Celui-ci de ce fait n'a pas été retrouvé.

19 septembre. — Sortie de l'hôpital. Vie normale reprise et état de santé parfait.

L'élimination du bouton a, dans le cas présent, eu lieu, mais a passé inaperçue.

OBSERVATION IV (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Villard.)

Hernie gangrenée. — Résection intestinale. — Application du bouton anastomotique. — Guérison.

D... Louise, soixante-six ans, ménagère.

Entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 23 août 1895 pour des accidents d'étranglement herniaire ayant débuté il y a seulement deux jours.

La malade est porteur d'une double hernie crurale.

La première existe à droite depuis quatre ans.

La malade ne se serait aperçue de la seconde que depuis les accidents d'étranglement.

A son entrée, elle présente tous les symptômes de l'étranglement herniaire : vomissements successivement alimentaires, bilieux, fécaloïdes. Arrêt complet des gaz et des matières.

Hernie crurale marronnée, dure, irréductible et douloureuse à gauche.

Etat général mauvais : langue sèche, facies altéré.

M. Villard se décide à la kétotomie qui est pratiquée d'urgence à 6 heures du soir.

Opération. — Anesthésie à l'éther.

Incision des parties molles, isolement et ouverture du sac. On trouve aussitôt une petite anse intestinale très fortement étranglée et ayant tous les signes caractéristiques du sphacèle ; plaques feuille morte, parois intestinales considérablement amincies et affaissées.

L'anus contre nature ou la résection intestinale s'imposent. M. Villard a recours à cette dernière en utilisant son bouton anastomotique.

N'ayant pas prévu la possibilité du sphacèle intestinal, un temps assez long est perdu pour la préparation et la stérilisation de la pièce métallique.

Pendant ce temps on pratique le débridement de l'anneau et on attire largement au dehors l'anse d'intestin grêle.

Rapidement, le mésentère est ligaturé, les deux moitiés du bouton sont fixées sur chaque bout de l'intestin et articulées.

Après débridement de l'anneau par section des fibres internes de l'arcade de Fallope, l'intestin est lavé à l'eau bouillie et rentré dans l'abdomen.

Extirpation du sac. Plan de suture profond dans les parties molles. Sutures superficielles de la peau.

Durée de l'intervention : demi-heure, à cause du retard apporté pour la préparation du bouton.

24 août. — Plus de vomissements, ni même de nausées.

La langue très sale est pourtant un peu humide. Soif vive. Etat général relevé. Quelques gaz pendant la nuit. Pas de douleurs abdominales. Température rectale : 38°5.

26 août. — L'état général s'améliore de plus en plus.

La langue est propre, humide, normale. Emission de gaz régulièrement tous les jours, mais pas encore de selles.

La malade se trouve très bien et ne se plaint nullement.

La température est redescendue à la normale.

29 août. — Etat général excellent. On commence l'alimentation avec des liquides. Toujours pas de selles.

2 septembre. — La malade a été hier à la selle, très abondamment, mais par le fait d'un lavement. Appétit revenu.

4 septembre. — Nouveau lavement. Selle abondante. Etat général excellent.

6 septembre. — Quelques coliques dans la nuit. Un lavement amène une selle et provoque l'expulsion du bouton anastomotique.

12 septembre 1895. — Sortie de l'Hôtel-Dieu. Etat général parfait.

OBSERVATION V

Case of resection of intestine, with approximation of the divided ends by means of Murphy's button, par Bush. Lancet, 6 avril 1895, page 869.

Dans un cas de hernie inguinale étranglée, chez un cyphotique de cinquante-cinq ans, chez lequel la kélotomie montra l'existence d'une gangrène étendue de l'anse étranglée, l'auteur, pour reséquer l'anse gangrenée, est obligé de faire la laparotomie sous-ombilicale. L'abouchement fut fait ensuite avec le bouton de Murphy. Guérison.

OBSERVATION VI (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Nové-Josserand, chirurgien des hôpitaux.)

Hernie crurale étranglée depuis cinquante-cinq heures. — Gangrène sur une étendue de 5 centimètres. — Entérectomie. — Anastomose avec le bouton de Murphy. — Guérison.

G... Marie, cinquante-six ans, blanchisseuse, née à Saint-Féraud (Saône-et-Loire).

Entrée le 11 septembre 1895 à la salle Sainte-Anne (clinique de M. le professeur Poncet).

Antécédents personnels. — Toujours bonne santé.

Hernie depuis six ans. Son apparition n'aurait pas été marquée par des troubles bien nets; c'est même par hasard qu'elle se serait aperçue de la hernie.

Elle porta un bandage, mais pas d'une façon constante; elle l'enlevait de temps à autre.

Parfois, à la suite de travaux pénibles, la malade ressentait dans la région herniaire une violente douleur qu'elle faisait cesser par le décubitus dorsal et par la compression au moyen de son bandage. En même temps que la douleur, survenaient quelques vomissements purement alimentaires.

Le 9 septembre, la malade qui n'avait pas son bandage, portait un lourd panier. Elle ressentit brusquement une terrible douleur qui la força à s'asseoir à terre, on dut la transporter chez elle. Ces douleurs d'abord localisées au niveau de la région herniaire, se généralisèrent bientôt à tout l'abdomen. En même temps, se produisaient des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux.

Aucune émission de gaz ou de matières par l'anus.

A l'entrée: la malade entre à l'hôpital cinquante-cinq heures après le début des accidents d'étranglement.

Douleurs généralisées à tout l'abdomen. Facies grippé. Vomissements fécaloïdes, météorisme abdominal.

Signes physiques d'une hernie crurale du volume d'une petite mandarine. Irréductible, dure, tendue, mate à la percussion. Il y a eu, dit-on, des tentatives de taxis.

Operation. — Faite par M. le Dr Nové Josserand, chirurgien des hôpitaux, le jour même de l'entrée de la malade.

Incision de la région herniaire. Le sac est adhérent aux organes qu'il renferme ; il est épais, difficile à distinguer d'une épiplocèle. A sa face interne sont appendus deux ou trois petits polypes graisseux du volume d'une noisette.

Le sac ouvert, on arrive sur l'intestin gangrené sur une longueur de 5 centimètres environ. M. Nové-Josserand se décide à pratiquer de suite l'entérectomie.

Il fait la ligature du mésentère au ras de l'intestin par des fils en chaîne. Il éprouve quelques difficultés par suite de l'insuffisance du débridement de l'anneau : le mésentère a de la tendance à se déchirer.

Après résection de l'intestin, le bouton de Murphy est mis en place de la façon ordinaire. On fait deux points de suture complémentaires sur un point où la muqueuse fait hernie.

Pour réduire, il est nécessaire de débrider largement sur l'anneau et non sur le collet avec des ciseaux courbes fermés et en dilacérant.

Ligature du pédicule et excision du sac. Pas de suture des piliers. Suture métallique cutanée. Pansement.

L'opération a duré en tout vingt-cinq minutes.

12 septembre. — La malade se plaint d'avoir souffert toute la nuit. La température est ce matin : 38°7. Le soir du même jour : 39°1.

13 septembre. — Température du matin : 38 degrés. La malade a eu hier soir des coliques intenses ; et a accusé de faux besoins d'aller à la selle. Elle a eu des vomissements très liquides, verdâtres. A la suite d'une injection de morphine, elle a été calmée et a pu dormir pendant la plus grande partie de la nuit.

Ce matin, la malade se sent mieux. Cependant les douleurs abdominales ne sont pas complètement calmées. La température est encore à 39 degrés.

Du 13 au 17 septembre, il y a amélioration progressive ; pendant ces quatre jours, la température oscille autour de 38 degrés. Le 15, la malade a eu une selle assez liquide, d'odeur non fétide.

17 septembre. — Etat général très bon. Plus de vomissements.

On refait le pansement. On enlève les fils de suture.

19 septembre. — Depuis le dernier pansement, la température de la malade s'est élevée progressivement, pour atteindre 39°8, le 20 au soir. Elle a eu ce jour-là un accès de fièvre avec frisson, chaleur, sueurs.

Même accès fébrile le 21 ; la température atteint 39°7.

On donne un cachet de 30 centigrammes de sulfate de quinine six heures avant l'accès, et un autre trois heures avant l'accès.

23 septembre. — On fait le deuxième pansement.

On trouve à la partie déclive de la plaie un petit orifice faisant communiquer avec l'extérieur une petite poche purulente. Elle ne paraît pas dépasser en profondeur la paroi abdominale ; elle contient un pus très odorant.

28 septembre. — La malade a continué à ne pas vomir. Elle a eu régulièrement une selle par jour, selle qui n'est ni liquide, ni trop épaisse. L'abdomen est resté indolore.

Du 22 au 26, la malade a eu une température toujours subfébrile, oscillant entre 38 et 39 degrés. On lui a donné un cachet de 60 centigrammes de sulfate de quinine immédiatement après l'accès.

A partir du 26 septembre, la malade devient absolument apyrétique. Depuis, bon état général. Les selles sont toujours régulières ; toujours pas de vomissements.

Le 28, on fait le troisième pansement, on trouve très peu de pus dans le précédent. La poche purulente s'est en partie comblée.

1^{er} octobre. — Depuis trois jours la malade n'a pas été à la selle.

Le 30 septembre, à la suite d'un lavement, le bouton de Murphy a été évacué, c'est-à-dire dix-neuf jours après l'opération.

Etat général excellent. Ni fièvres, ni vomissements, ni douleurs. L'appétit est bon.

11 octobre. — La plaie cutanée est à peu près complètement cicatrisée. L'état général est excellent. Toutes les fonctions sont normales.

La malade quitte l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION VII

(*Brit. med. Journal*. 1895, Cas de Murphy.)

Il s'agit d'un cas de constriction serrée d'une anse d'intestin grêle par un épais cordon avec gangrène consécutive et perforation d'une portion d'intestin en question. La résection de celle-ci et l'anastomose des deux bouts faits à l'aide d'un gros bouton de Murphy n'exigea que quelques minutes. Malgré quelques menaces de péritonite, la malade guérit après avoir, dix-neuf jours après l'opération, éliminé le bouton avec les selles.

OBSERVATION VIII

(*British med. Journal*, mars 1895, cas de Barling.)

Femme, quarante-neuf ans. Hernie ombilicale étranglée depuis quatre jours. Gangrène du petit intestin.

L'intestin, grâce à un V au méésentère, fut attiré au dehors et les deux bouts furent rapprochés par un bouton de Murphy.

Les suites de l'opération furent paisibles ; mais le vingt-quatrième jour on n'avait pas encore observé l'élimination du bouton (elle passa sans doute inaperçue). Guérison.

OBSERVATION IX

(*Medical Record*, 2 juin 1894.)

Du D^r Wyllys Andrews. Chicago.

Femme, âgée de trente-huit ans.

Diagnostic. — Hernie crurale droite étranglée. Gangrène.

3 avril. — Kélotomie. On trouve l'anse intestinale gangrenée sur une étendue de 15 centimètres environ.

On en fait la résection et on affronte les deux bouts avec le bouton de Murphy (taille moyenne).

On rejette toute la masse intestinale dans l'abdomen. Opération facile et rapide. Pas de drainage.

La patiente est guérie le 23 avril 1893.

En novembre, des nouvelles de la malade témoignent de son parfait état de santé.

OBSERVATION X (*Medical Record.*)

Du D^r Royer-Memphis.

Diagnostic. — Hernie inguinale étranglée. Gangrène.

Opération. — 11 octobre 1893. Kélotomie. Résection de 10 centimètres environ d'intestin gangrené. Union bout à bout avec le bouton de Murphy (grande taille).

Le bouton est éliminé dès le septième jour après l'opération.

Le malade est complètement rétabli quatre semaines après.

OBSERVATION XI (*Medical Record.*)

Du D^r Maccall-Lapeer.

Age du malade, cinquante-cinq ans.

Diagnostic. — Perforation intestinale pour gangrène herniaire.

Opération, juillet 1893. — Résection, rapprochement avec le bouton de Murphy (grande taille).

Le septième jour, évacuation du bouton, grâce à d'abondantes selles. L'anastomose s'est toujours maintenue solide.

OBSERVATION XII (du D^r Bonffleur, Chicago).

Diagnostic. — Femme atteinte d'obstruction intestinale pour hernie crurale étranglée. Une kétéotomie avec enterotomie dans une partie gangrenée avait été faite deux jours auparavant sans faire disparaître l'obstruction. L'étranglement datait, en tout, de six jours.

Opération, le 11 novembre 1893. — Excision de 5 centimètres d'intestin au siège de la gangrène et de la fistule stercorale. Anastomose avec le bouton de Murphy (grande taille).

Temps pour la résection et l'anastomose : quatre minutes et demie. C'est le temps le plus court dans lequel cette opération ait été faite, malgré ce fait que l'opérateur n'avait jamais encore employé le bouton de Murphy.

L'abdomen est refermé sans drainage.

La malade est très abattue après l'opération.

Cependant son état s'améliore progressivement et elle guérit sans accidents, ayant eu d'abondantes selles, deux jours après l'opération.

OBSERVATION XIII

Femme : âgée de cinquante-sept ans.

Plusieurs mois auparavant, souffrait d'une hernie ombilicale. On la trouve étranglée avec des signes de nécrose intestinale. On fait l'entérotomie simple des deux bouts de l'intestin. Depuis ce temps la malade a eu à supporter l'écoulement continu à la surface de l'abdomen du contenu intestinal.

Opération, le 12 décembre 1893. — Par les D^{rs} Burny

et Murphy. Incision de la ligne médiane. Application d'un bouton de Murphy. Temps de l'opération : cinq minutes et demie.

Evacuation du bouton : neuf jours après.

OBSERVATION XIV (du Dr Georges Shrady).

Femme : fistule stercorale, suite d'une hernie gangrenée.

Opération, le 14 mai 1894. — Laparotomie dans la région inguinale droite. Rapprochement bout à bout avec bouton de Murphy de grande taille.

Abdomen clos. Convalescence parfaite.

Aux observations qui précèdent, nous en ajouterons deux autres qui, si elles ne notent pas la guérison, prouvent du moins qu'il faut mettre la mort des deux malades sur le compte de leur grave état général antérieur.

OBSERVATION XV (du Dr Murphy).

Femme : âgée de quarante-huit ans.

Opération, le 10 juillet 1893. — Hernie ombilicale étranglée. Phénomènes de péritonite généralisée.

Résection de 5 centimètres environ d'intestin gangrené, qui avait donné lieu à une perforation et consécutivement au passage de matières stercorales dans le péritoine.

Rapprochement avec le bouton de Murphy.

Temps pour la résection et l'anastomose : sept minutes. Drains de gaze.

Mort : trente-six heures après l'opération.

L'autopsie faite une heure plus tard montre l'adhérence parfaite

des deux bouts de l'intestin, à tel point que la ligne exacte de réunion ne put être trouvée.

OBSERVATION XVI

(Thèse de Maire, juillet 1895. Lyon.)

Malade envoyé à l'Hôtel-Dieu de Lyon, avec les renseignements suivants :

Hernie inguinale gauche n'ayant jamais été maintenue par un bandage. Etranglement remontant à quinze jours. Intervention d'un confrère trois jours après. La hernie est réduite aux trois quarts. Le malade est soulagé pendant trois ou quatre mois.

Réapparition dans la suite de phénomènes d'étranglement. Néanmoins, une purgation donnée a pu traverser en partie ; émission de vents par l'anus. Malgré cela, le malade continue à vomir.

Le malade est opéré d'urgence par M. Jaboulay.

Ventre plat. Hernie plate. Etat général grave, voix éteinte.

Pas de liquide. Gangrène de la muqueuse (odeur infecte à l'incision de l'anse réséquée).

Rien ne la faisait soupçonner.

Bouton de Murphy.

Mort le lendemain avec continuation des accidents.

Rien à l'autopsie. Le bouton a bien tenu.

CONCLUSIONS

I. Les considérations générales que nous avons données sur la hernie gangrenée montrent ses immenses dangers. Elles établissent que la kélotomie pratiquée pour sphacèle intestinal d'origine herniaire est, dans la grande majorité des cas, une opération d'extrême urgence.

Elles indiquent les conditions que doit réaliser l'intervention chirurgicale dans les cas de gangrène herniaire.

Les deux principaux procédés employés jusqu'à ce jour ne réalisent pas ces indications.

II. La création d'un anus contre nature est, il est vrai, une opération à la fois simple et rapide. Mais, comme nous l'a appris notre maître M. le professeur Poncet, ses résultats immédiats sont défectueux : il constitue une véritable infirmité gênante et pour le malade et pour son entourage ; il expose souvent à des phénomènes d'infection localisée et quelquefois aussi à des accidents de résorption putride généralisée. Les suites éloignées ne sont

pas plus rassurantes : d'une part, la cachexie par inanition ; d'autre part, la nécessité, pour obtenir la guérison de l'anús artificiellement établi, de faire une seconde opération chez des sujets déjà fortement débilités.

L'établissement d'un anus contre nature dans les cas de mortification des tissus intestinaux d'origine herniaire, n'est qu'un pis aller thérapeutique. Les statistiques en font foi.

III. La résection intestinale avec entérorraphie consécutive ne mérite pas une condamnation aussi sévère. Néanmoins, la difficulté des sutures, la longueur de l'opération, les dangers de filtration des matières stercorales, enfin la possibilité de rétrécissements ultérieurs ne permettent pas d'en faire la méthode de choix dans le traitement de la gangrène herniaire.

IV. Au contraire, ainsi que l'a bien montré M. le professeur Poncet dans une de ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, le bouton de Murphy, modifié par Villard, répond à toutes les indications auxquelles doit satisfaire un traitement efficace de l'affection qui nous occupe.

Ce procédé reunit, en effet, les avantages suivants :

a) La simplicité opératoire : à considérer dans le cas présent, où il y a le plus souvent extrême urgence dans l'intervention et où par conséquent on ne doit pas compter sur le concours plus ou moins prochain des chirurgiens.

b) La rapidité opératoire qui, d'après M. le professeur Poncet, joue, dans la chirurgie abdominale surtout, un rôle presque aussi prépondérant que les plus strictes minuties de l'antisepsie.

Elle soustrait d'ailleurs au shock opératoire si fréquent dans la méthode des sutures, et si à redouter chez des sujets où une anse intestinale gangrenée constitue un foyer de toxines.

c) L'adossement parfait des séreuses entre les deux bouts réséqués empêche toute infection péritonéale ; il éloigne en même temps tout danger de récurrence sphacélique.

La solidité de l'anastomose permet également la formation d'adhérences résistantes.

d) La facile migration du bouton métallique rend vaines les craintes d'obstruction intestinale. Sa rapide évacuation permet l'alimentation précoce des sujets et la reprise normale de leur genre de vie.

V. Ces diverses considérations et les 16 observations consignées dans ce travail nous paraissent devoir plaider fortement en faveur de l'emploi du bouton anastomotique dans le traitement des gangrènes herniaires. Elles doivent faire tendre, dans ces cas, à la suppression des entérorraphies circulaires et de la création d'un anus artificiel et à leur remplacement par une intervention où il est possible d'aller vite tout en créant une anastomose solide.

VI. Plus que dans les hôpitaux, le bouton anastomotique de M. Villard nous semble indiqué dans la pratique médicale des petits centres où l'outillage chirurgical n'est pas plus riche que les ressources antiseptiques.

La pièce métallique devra faire partie de la trousse de tout praticien ; il pourra, dans un cas d'urgence, en apprécier la valeur.

VII. La seule contre-indication nette de ce procédé est

la présence sur l'intestin de lésions cicatricielles, vestiges d'anciennes ulcérations tuberculeuses, typhiques, ou dysentériques.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu, bon à imprimer :
POUR LE DOYEN,
L'ASSESEUR,
LÉPINE

Vu, bon et permis d'imprimer :
POUR LE RECTEUR, ET PAR DÉLÉGATION
LE DOYEN DE LA FACULTÉ DES SCIENCES,
J. RAULIN.

BIBLIOGRAPHIE

- Forgue et Reclus, Traité de clinique chirurgicale, t. II.
Duplay et Reclus, Traité de chirurgie, t. VI.
Chaput, Technique et indications des opérations sur l'intestin,
l'estomac et les voies biliaires (Paris, 1892).
— Recherches expérimentales sur le bouton de Murphy.
Guinard, Traitement des hernies gangrenées (Bulletin général de
thérapeutique, 30 novembre 1894).
Sternberg, De l'entérorraphie dans la hernie gangrenée (thèse de
Bordeaux, 1894).
Marwedal, Beiträge zur klinische Chir., XIII, 3.
Chaput, Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, t. XX,
1894.
— Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences
médicales de Lyon, t. XXXI, 1891.
Guillemain, Les anastomoses viscérales sans sutures à l'aide du
bouton de Murphy (Gaz. hebdom., Paris, 1895).
Maire, Des différents procédés opératoires dans le traitement de
la hernie gangrenée (thèse de Lyon, juillet 1895).

- Tostivint, Etude comparative de l'entérectomie et de l'entérorraphie primitive et de l'anus contre nature dans la cure des hernies gangrenées (thèse de Lyon, 1891).
- Murphy, New-York medical Record, 2 juin 1894.
- Wiener, De l'anastomose par le bouton de Murphy (Centralb. für Chir., 1895).
- Bush, Lancet, 6 avril 1895.
- Villard, De l'emploi du bouton de Murphy modifié dans les interventions sur le tube digestif (Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie, mars 1895).
- Duplay et Cazin, Sur un nouveau procédé de suture intestinale à l'aide d'une ligature en masse sur un cylindre métallique creux (Bulletin médical, 6 novembre 1895).
- Jaboulay, Comment on peut traiter les perforations et les gangrènes herniaires (Journal de médecine de Bordeaux, novembre 1895).
- Villard, Semaine médicale, 26 octobre 1895, Congrès de chirurgie.

